

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

Salud Bucal de los niños y niñas que asisten a los centros de desarrollo infantil del Mies de la Administración Zonal Quitumbe 2018

Una aproximación desde la determinación social de la salud

Frecia Carmelina Lozada Núñez

Tutora: María de Lourdes Larrea Castelo

Quito, 2019



Cláusula de cesión de derechos de publicación

Yo, Frecia Carmelina Lozada Nuñez, autora del trabajo titulado “Salud Bucal de los niños y niñas que asisten a los centros de desarrollo infantil del MIES de la Administración Zonal Quitumbe 2018. Una aproximación desde la determinación social de la salud”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magister en Epidemiología y Salud Colectiva en la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador.

1. Cedo a la Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador, los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, durante 36 meses a partir de mi graduación, pudiendo, por lo tanto, la Universidad utilizar y usar esta obra por cualquier medio conocido o por conocer, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.
2. Declaro que en caso de presentarse cualquier reclamación de parte de terceros respecto de los derechos de autor/a de la obra antes referida, yo asumiré toda responsabilidad frente a terceros y a la Universidad.
3. En esta fecha entrego a la Secretaría General, el ejemplar respectivo y sus anexos en formato impreso y digital o electrónico.

30 de octubre del 2019

Firma: _____

Resumen

El panorama de la caries dental como una de las principales patologías que aqueja a la población ecuatoriana, particularmente a niños y niñas que —para el público general— pareciera no tener relevancia, ha trastocado muchas veces la salud oral en el sistema de salud nacional con acciones centradas en la enfermedad. Esta investigación analiza la Salud Bucal de los niños y niñas que asisten a los centros de desarrollo infantil del MIES de la Administración Zonal Quitumbe 2018. Una aproximación desde la determinación social de la salud y se motivó a partir de la falta de asistencia integral de salud bucal por parte del Ministerio de Salud Pública hacia los centros infantiles pertenecientes al Ministerio de Inclusión Social (MIES), que no incluyen la salud bucal como parte preventiva, pues se considera como algo secundario que no requiere mayor atención.

El estudio se basó en la epidemiología crítica y utilizó técnicas intensivas como análisis documental, observación y entrevistas a coordinadoras y educadoras. También empleó técnicas extensivas como encuestas a los responsables por una población de 289 niños y niñas en los centros infantiles del MIES. Con la información recopilada se elaboró la matriz de procesos críticos, considerando cada dominio en los órdenes político, económico y cultural del contexto ecuatoriano, Distrito Metropolitano de Quito y zonas distritales en el contexto de la Determinación Social de la Salud.

Los resultados muestran una prevalencia de caries dental de 38,4% en niños y niñas de los CDI presentes en los barrios de la AZQ. Se concluye que el predominio de los procesos destructivos en todos los dominios y órdenes contrasta con la visión de coordinadoras y educadoras de los CDI y limitan la capacidad de optimizar la salud preventiva acerca de la caries dental infantil. Este enfoque devela las contradicciones que se presentan en todas las dimensiones de la realidad de la salud bucal; dentro de una trama compleja, dinámica y contradictoria, en lo individual y lo colectivo, de la determinación social del componente de atención de salud bucal de los CDI.

Palabras clave: salud bucal, determinación social de la salud, Quitumbe, familias, educadoras, centros de desarrollo infantil.

Agradecimiento

Quiero agradecer profundamente a las personas que compartieron sus conocimientos conmigo para hacer posible la conclusión de este trabajo de titulación.

Especialmente agradezco a mi familia por la paciencia durante la construcción de este documento, a mi tutora por su apoyo incondicional siempre y a la licenciada Martha Aules por compartir sus vivencias en los Centros de Desarrollo Infantil.

Tabla de contenidos

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introducción | 17 |
| Capítulo primero La perspectiva de ruptura y la convencional biomédica para desafiar el problema de la afectación de salud dental..... | 19 |
| 1. La Determinación Social de la Salud | 19 |
| 2. Los procesos críticos y la matriz de la determinación social | 21 |
| 3. El perfil epidemiológico de la determinación social | 23 |
| 4. La matriz de poder | 26 |
| 5. Determinación social de la vulnerabilidad | 28 |
| 5. Rumbo a la visión crítica de la salud | 29 |
| 6. Mirada convencional biomédica de la salud | 31 |
| Capítulo segundo Metodología para alcanzar la comprensión de la Salud Bucal de los niños y niñas que asisten a los centros de desarrollo infantil del Mies de la Administración Zonal Quitumbe 2018..... | 33 |
| 1. Preguntas centrales de investigación..... | 33 |
| 2. Objetivos | 33 |
| 2.1. Objetivo general..... | 33 |
| 2.2. Objetivos específicos | 33 |
| 3. Diseño de estudio | 34 |
| 4. Universo y muestra del estudio..... | 34 |
| 4.1 Caracterización de población infantil..... | 34 |
| 4.2 Caracterización del grupo de coordinadoras y educadoras | 35 |
| 4.3. Cálculo de la muestra..... | 35 |
| 5. Recopilación de información | 36 |
| 5.2 Instrumentos del estudio | 37 |
| 6. Modelo analítico operacional del estudio..... | 38 |
| 8. Limitaciones de la investigación..... | 46 |
| 9. Ética de la investigación | 46 |
| Capítulo tercero Análisis de la determinación social de la salud bucal en los centros de desarrollo infantil del Mies de la Administración Zonal Quitumbe..... | 49 |
| 1. Segregación socioespacial del territorio de la Administración Zonal Quitumbe | 49 |
| 2. Modos de vida de las familias de los niños y niñas que asisten a los CDI del Mies en la Administración Zonal de Quitumbe. | 58 |
| 2.1 Modos de vida característicos de la población de estudio..... | 61 |
| 2.2 Indicadores de modos de vida según vulnerabilidad del barrio..... | 62 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3. Dominio individual con los estilos de vida (familias y niños y niñas) que subyacen al proceso salud-caries dental | 72 |
| 3.1. Indicadores de estilo de vida según vulnerabilidad del barrio donde habitan niños y niñas de los CDI del Mies en la AZ Quitumbe | 76 |
| 4. Afectación de la caries dental en niños y niñas integrados a los CDI | 81 |
| 4.1. Nivel de afectación de caries dental por modos de vida y territorio | 84 |
| 4.2. Nivel de afectación de caries dental e indicadores de estilos de vida | 90 |
| 5. Inequidad por desigualdades de clase social, género y etnia..... | 96 |
| 6. El perfil de la determinación social..... | 98 |
| 6.1. Procesos críticos que se contraponen con la salud bucal | 103 |
| Capítulo cuarto Discusión y Conclusiones de la salud bucal de niños y niñas de los CDI desde el enfoque de la determinación social de la salud..... | 111 |
| 1. Discusión de los resultados evidenciados | 111 |
| 2. Conclusiones | 112 |
| 2.1. Aspectos relacionados con los procesos críticos del orden económico, político y cultural de la salud bucal..... | 112 |
| 2.2. Aspectos relacionados con la vulnerabilidad del barrio..... | 115 |
| 2.3 Aspectos relacionados con el nivel de afectación de caries dental..... | 117 |
| 3. Recomendaciones en torno al enfoque de la determinación social de la salud | 119 |
| Lista de Referencias | 121 |
| Anexos..... | 125 |
| Anexo 1. Encuesta modificada bajo el enfoque de la Determinación social..... | 125 |
| Anexo 2. Guion de entrevistas a las Coordinadoras/ los Centros de Desarrollo Infantil | 134 |
| Anexo 3. Combinaciones y clase social resultante..... | 135 |
| Anexo 4. Combinaciones y modos de vida resultante..... | 137 |
| Anexo 5. Consentimiento informado | 141 |

Lista de ilustraciones

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Figura 1. Matriz de procesos críticos de la determinación social..... | 22 |
| Figura 2. Dominios, dimensiones y órdenes de la determinación social de la salud..... | 26 |
| Figura 3. Desigualdades en los resultados sanitarios | 51 |
| Figura 4. Componente de salud preventiva | 60 |
| Figura 5 Estructura territorial del Estado ecuatoriano..... | 107 |
| Gráfico 1. Nivel de educación del jefe de hogar por Administración Zonal..... | 52 |
| Gráfico 2 Índice de caries dental | 82 |
| Gráfico 3 Salud bucal por inserción social..... | 97 |

Lista de tablas

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabla 1. Población infantil considerada | 35 |
| Tabla 2 Tamaño de muestra proporcional por estrato de la población..... | 36 |
| Tabla 3 Técnicas aplicadas en el proceso de investigación..... | 37 |
| Tabla 4. Matriz entorno a la Determinación social de la vulnerabilidad..... | 40 |
| Tabla 5. Modelo Analítico y Operacional | 41 |
| Tabla 6. Estadísticas socio - demográficas por Administración Zonal del DMQ | 50 |
| Tabla 7. Principales actividades de las AZ..... | 51 |
| Tabla 8. Información general del niño/a..... | 63 |
| Tabla 9 Indicadores de la vivienda | 64 |
| Tabla 10 Disponibilidad de servicios básicos..... | 65 |
| Tabla 11 Indicadores de la familia | 65 |
| Tabla 12 Soportes familiares | 66 |
| Tabla 13 Indicadores de modos de vida | 67 |
| Tabla 14 Inserción social del principal responsable..... | 68 |
| Tabla 15 Acceso a servicios de salud | 70 |
| Tabla 16 Participación en espacios de organización y decisión..... | 71 |
| Tabla 17 Conocimiento del representante sobre salud bucal | 71 |
| Tabla 18 Hábitos de higiene bucal | 76 |
| Tabla 19 Prácticas de atención en la salud bucal del niño/a..... | 78 |
| Tabla 20 Itinerario típico personal en torno a la salud bucal del niño/a..... | 79 |
| Tabla 21 Hábitos nocivos del niño/a | 80 |
| Tabla 22 Presencia de la caries dental en los niños y niñas integrados a los CDI | 81 |
| Tabla 23 Evaluación dental y caries | 82 |
| Tabla 24 Evaluación dental del niño/a | 83 |
| Tabla 25 Problemas de la salud bucal del niño/a..... | 84 |
| Tabla 26 Nivel de afectación de caries dental por indicadores del territorio | 85 |
| Tabla 27 Indicadores de la vivienda | 86 |
| Tabla 28 Indicadores de la familia | 86 |
| Tabla 29. Soporte familiar | 87 |
| Tabla 30 La inserción social..... | 88 |
| Tabla 31 La participación en espacios de organización y decisión..... | 89 |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tabla 32 El conocimiento sobre la salud bucal | 90 |
| Tabla 33 Hábitos de higiene bucal | 91 |
| Tabla 34 Prácticas de consulta dental | 92 |
| Tabla 35 Itinerario típico personal en torno a la salud bucal del niño..... | 93 |
| Tabla 36 Hábitos nocivos del niño/a | 95 |
| Tabla 37 Matriz del perfil de la determinación social | 100 |

Abreviaturas

| | |
|-----------|------------------------------------------------------|
| AZQ | Administración Zonal Quitumbe |
| DSS | Determinación Sociales de la Salud |
| MSL | Medicina Social Latinoamericana |
| SC | Salud Colectiva Latinoamericana |
| DSS | Determinación Social de la Salud |
| MSP | Ministerio de Salud Pública |
| CDI | Centros de Desarrollo Infantil |
| DMQ | Distrito Metropolitano de Quito |
| CIBV | Centros Infantiles del Buen Vivir |
| OSC | Organizaciones de la Sociedad Civil |
| MIES | Ministerio de Inclusión Económica y Social |
| GAD | Gobiernos Autónomos Descentralizados |
| BID | Banco Interamericano de Desarrollo |
| UCE | Universidad Central del Ecuador |
| GPC | Guía de Práctica Clínica |
| MAIS | Modelo de Atención Integral de Salud |
| SGP | Sistema de Gestión Participativa |
| ICDAS | International Caries Detection and Assessment System |
| UASB | Universidad Andina Simón Bolívar |
| Senplades | Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo |
| Flacso | Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales |

Introducción

La prevalencia de caries dental y de problemas de salud bucal es preocupante en la población infantil ecuatoriana de 12 a 36 meses. Sin embargo, la atención de salud bucal infantil por parte del Estado ecuatoriano está marcada por una visión reduccionista, que concibe la atención bucal en los CDI como un acto exclusivamente clínico causalista e individual, sin reconocer lógicas ni dinámicas que acontecen en el ámbito colectivo y excluyendo la participación de los involucrados: las familias, niños y niñas, administradoras y cuidadoras. Se impone con ello una visión positivista en la que priman aspectos medibles del dominio individual como la patología identificada, el procedimiento clínico o la cobertura alcanzada.

Por otra parte, no se reconoce la complejidad del conjunto salud bucodental dentro de la dinámica de los procesos críticos que ocurren en los diferentes dominios, dimensiones y órdenes que simultáneamente afectan la presencia de caries dental en niños y niñas de 12 a 36 meses. Son escasas las investigaciones en el campo de la salud bucal y específicamente de la caries dental infantil, a nivel nacional, regional o local del entorno ecuatoriano que aborden esta problemática desde la epidemiología crítica.

La presente investigación estudia la salud bucal de 289 niños y niñas de 12 a 36 meses de edad que asisten a nueve Centros de Desarrollo Infantil (CDI) del Mies en la Administración Zonal Quitumbe (AZQ) de la ciudad de Quito.

Con el fin de enriquecer el miramiento del objeto de estudio, la investigación se realizó desde el enfoque de la determinación social de la salud (DSS) y la epidemiología crítica que orientan a comprender la salud como un complejo multidimensional, el cual considera los procesos dialécticos de reproducción social que articulan un medio de contradicciones enlazadas en tres órdenes: general, particular e individual cada; uno de estos comprende varios aspectos de entendimiento en torno a la acumulación de capital, los modos de vida de las familias de niños y niñas de CDI, condiciones fenotípicas y genotípicas que operan en cada uno de estos niveles. Así como las relaciones de clase, género y etnia.

Metodológicamente se triangularon técnicas intensivas (cualitativas), entrevistas, observación, revisión documental; y técnicas extensivas (cuantitativas), encuesta epidemiológica para analizar modos de vida e inserción social de las familias de los

niños de los CDI y valoración bucodental para comprender el nivel de afectación de la caries dental. Se analizó la vulnerabilidad de los barrios pertenecientes a la Administración Zonal Quitumbe y su relación con los modos de vida, partiendo que existían barrios de vulnerabilidad media con mayor afectación y de baja vulnerabilidad los que casi no tienen problemas. Se buscó comprender el dominio general y profundizar en la complejidad de lo particular de los fenómenos agregados, para con ello identificar los procesos críticos en cada uno de los dominios, interpretar el movimiento de la realidad y las relaciones entre diferentes dominios, dimensiones y órdenes de la de la determinación social de la salud bucal de la población infantil.

El estudio se estructuró en cuatro capítulos. En el primer capítulo se presenta el enfoque y el marco teórico; en el segundo capítulo se muestra todo lo que corresponde al diseño metodológico y al proceso de investigación, consistentes con los postulados teóricos. El tercer capítulo corresponde al análisis de la determinación social de la salud bucal en los centros de desarrollo infantil de la AZQ , organizado desde la segregación socioespacial del territorio de la administración zonal Quitumbe abordando el enfoque de la epidemiología crítica, introduciendo el contexto territorial y administrativo de los CDI, la vulnerabilidad de barrios, la situación del componente de atención bucal, aspectos que permitieron avanzar hacia los dominios de la DSS y poder presentarlos en la matriz de procesos críticos, tanto en lo general como en lo particular y singular. Para luego finalizar con el cuarto capítulo, en el que se presentan las conclusiones originadas por el estudio, enfatizando el aporte del análisis de la salud bucal de niños y niñas de los CDI del Mies en la AZ de Quitumbe con el enfoque de la DSS.

Capítulo primero

La perspectiva de ruptura y la convencional biomédica para desafiar el problema de la afectación de salud dental

1. La Determinación Social de la Salud

La comprensión de la interacción del campo social de la salud con lo biológico representa un gran reto, pues la forma como esta se concibe y se comprende (ontológico), como se establece la relación sujeto-objeto (epistemológico), como se implementan las metodologías y se aborda la investigación (metodológico), están influenciados por el paradigma que sustenta la investigación, con implicaciones sobre la práctica y sobre el uso del conocimiento generado (praxiológico). (Guba y Lincoln, 2005, 192)

Históricamente en la segunda mitad del siglo XX, se configuraron dos enfoques epidemiológicos centrales entorno a la comprensión social de la salud: el primero sustentado en el saber epidemiológico clásico que derivó en la epidemiología social anglosajona, base del enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) considerada como la perspectiva hegemónica, y el segundo que surgió como una propuesta alternativa a la epidemiología clásica, soportado en la medicina social Latinoamericana (MSL) y la salud colectiva latinoamericana (SC), sustento del enfoque de la Determinación Social de la Salud (DSS), catalogada como la propuesta contrahegemónica. (Morales y otros, 2013, 800)

A pesar que los dos enfoques comparten el interés en la relación de lo social con lo biológico, así como la comprensión de los determinantes sociales en varios niveles; es necesario reconocer las diferencias ontológicas, epistemológicas, metodológicas y praxiológicas que existen entre ellos, razón por la cual se profundizara en la DSS, enfoque primario para la elaboración de este trabajo de titulación.

Así entonces desde lo ontológico la DSS asume por su parte la realidad tanto subjetiva como objetiva mediada por la praxis, sostiene además una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social en un marco histórico y contextual; concibe a la sociedad como una totalidad que no se reduce

a la dinámica individual y a la salud como un valor positivo. (Eibenschutz y otros, 2011,39)

En el plano epistemológico, la DSS capta la realidad soportada en el realismo dialéctico reconociendo la relación sujeto objeto mediada por la praxis, las metodologías que utiliza para reconocer esta realidad se sustentan en la triangulación de técnicas intensivas (cualitativas) y extensivas (cuantitativas), se soporta en un método que reconoce la complejidad y la dialéctica. (Eibenschutz y otros, 2011, 45). En la praxis la DSS asumen la inequidad como resultado de las desigualdades sociales en las relaciones de poder y de dominación; relaciones que enajenan al sujeto de sus posibilidades de realización vital, en tanto configuran una matriz de “triple inequidad” conformada por la inequidad de género, de etnia y de clase social. Dicha matriz se articula a las formas de producción capitalista y produce inequidades sociales e inequidades en salud. Al ser la inequidad producto de la desigualdad en las relaciones de poder, su estudio y análisis implica identificar las inequidades en las relaciones de producción y de reproducción social y en el ejercicio de poder social en los ámbitos local, regional y global; en el que la participación de los colectivos en la arena política es esencial para lograr una verdadera transformación social y lograr la emancipación. (Morales y otros, 2013, 803)

Cabe mencionar que lo descrito anteriormente se fundamenta alrededor de los trabajos que fueron desarrollados en América Latina por varios autores, dentro de los que cabría destacar a Saúl Franco, Asa Cristina Laurell, Hesio Corderio, Sergio Arouca, Everardo Nunes, Mario Testa, Naomar Almeida-Filho, Susana Berlmartino, Jaime Breilh entre otros; estos pensadores asumieron los principios orientadores de la MSL y la SC como eje fundamental de sus investigaciones. (Eibenschutz y otros, 2011, 25)

Los planteamientos de Jaime Breilh en particular tienen sus raíces en los postulados de la economía política del marxismo a partir de la cual emergen unas categorías analíticas como son clase social, procesos de producción y reproducción social, fuerza de trabajo, modos de vida y el sujeto social, que llegan a institucionalizarse como elementos orientadores en la comprensión de la lógica que soporta la teoría, el método y la praxis de la determinación social de la salud desde la perspectiva de este investigador y pensador latinoamericano. (Breilh, 2010a)

Breilh refiere que las condiciones de vida y las relaciones superestructurales no pueden comprenderse por sí mismas, ya que la anatomía de la sociedad hay que buscarla en la economía política, alude además la concepción de clase social, soportada

en las relaciones de explotación derivadas del proceso de producción, además la importancia del “*sujeto social*”, su estrecha relación con los modos de vida comprendidos como procesos del orden colectivo que determinan las condiciones de vida, biológicas e ideológicas de los individuos, pues los sujetos no son ajenos a su realidad histórica y social. (Breilh, 2004)

Basado en estos planteamientos, Jaime Breilh concibe la DSS como una propuesta contrahegemónica orientada a comprender la salud como un complejo multidimensional, considerando los procesos dialécticos de reproducción social que articulan el sistema de contradicciones que se enlazan en tres dominios: el dominio general refiriendo a la lógica de acumulación de capital, con sus condiciones político-culturales; el dominio particular de los modos de vida de los colectivos, con sus patrones de exposición y vulnerabilidad, el singular de los estilos de vida que operan en el nivel individual, y sobre sus condiciones fenotípicas y genotípicas. Propuesta que analiza además las relaciones de poder como una matriz integrada de clase, género y etnia e incorpora la dimensión de la interculturalidad, de esta forma plantea la necesidad de nuevas categorías y metodologías en el campo de la epidemiología, así como transformaciones en las proyecciones prácticas y de la necesidad de fuerzas sociales movilizadas. (Breilh, 2010b, 84)

2. Los procesos críticos y la matriz de la determinación social

Cuando se habla de condiciones de vida y de salud se alude a las dimensiones histórico- sociales del proceso vital humano, que se perciben como indicadores de la lógica con que se conforma la sociedad, del sentido que se le da a los sujetos sociales, de las relaciones políticas y de los procesos históricos que viven los colectivos; también se expresan en la posibilidad de acceder a los beneficios que provee el desarrollo social, cuyas dimensiones son dinámicas, se interrelacionan unas con otras y determinan el proceso salud- enfermedad de los individuos y de los grupos sociales y que pueden sintetizarse en una matriz de determinación social también conocida como matriz de procesos críticos. (Breilh, 2010b, 87)

De acuerdo a lo propuesto por Breilh, la matriz de procesos críticos permite sintetizar los diferentes aspectos relacionados con las necesidades y las condiciones de vida de los grupos sociales. Esta matriz incluye aspectos económicos, políticos y culturales en un espacio social y territorial concreto, buscando superar la mirada

segmentada de la realidad social, que se centra en las intervenciones curativas y hospitalarias, y que subestima las condiciones en las que se desenvuelve la vida de las personas. (Breilh, 2007)

Un proceso crítico se define como un objeto dinámico que influencia las condiciones de salud de los individuos que habitan en un territorio o espacio social, proceso que se construye como una aproximación a los dominios generales, particulares, singulares y que se expresan en el proceso salud-enfermedad. (Breilh, 2013)

En términos metodológicos una matriz de procesos críticos se organiza como un sistema que integra en las columnas, los procesos críticos tanto en la dimensión colectiva, como en la individual. En la dimensión colectiva se organizan los procesos que hacen referencia a las relaciones estructurales generales, la lógica dominante y los modos de vida de los grupos sociales relacionados con atención odontológica de las mujeres embarazadas (Breilh, 2011). En la dimensión individual se esquematizan los procesos críticos relacionados con los estilos de vida que influyen las condiciones de salud, pero también lo relacionado con las condiciones genotípicas y fenotípicas. En las filas de la matriz de procesos críticos se exponen los procesos tanto del orden económico, político como cultural. En cada una de las celdas en la que confluyen los dominios y los órdenes se registra el objeto dinámico que influye en la salud (proceso crítico), de esta forma se construye una estructura que sintetiza e integra los diferentes aspectos relacionados con la determinación social de la salud y que se expresa en la matriz de procesos críticos expuesta a continuación.

Figura 1.
Matriz de procesos críticos de la determinación social

| | DOMINIO COLECTIVO | | DOMINIO INDIVIDUAL | | |
|------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Relaciones estructurales generales | Lógica dominante del proceso salud-enfermedad | Modos de vida de los grupos sociales | Estilos de vida y cotidianidad individual | Condiciones genotípicas | Condiciones fenotípicas |
| Económico | | | | | |
| Político | Celda Objeto dinámico | | | | |
| Cultural | | | | | |

Burocratización
 Políticas inestables
 Ordenanzas tardías

Fuente: Breilh, 2010. Epidemiología. Economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud. Universidad Andina Simón Bolívar. Séptima edición. Quito.

3. El perfil epidemiológico de la determinación social

El perfil epidemiológico de la determinación social es un recurso que sistematiza la esencia de un complejo proceso dialéctico de determinación histórica que opera en los dominios general que subsume al particular y al singular, mediados por procesos protectores y destructivos que permite evidenciar las contradicciones que operan tanto en la dimensión natural como en los fenómenos sociales, y que se configura como una trama compleja contradictoria y dinámica que relaciona lo individual y lo colectivo. (Breilh, 2010a, 55)

Breilh, señala que los dominios de la determinación social aluden a los niveles jerárquicos (general, particular y singular) en los que operan los procesos sociales en relación con los biológicos. Además refiere que en el nivel general o estructural se identifican a los procesos económicos como determinantes estructurales al definir la forma como se distribuye el poder político y social, aspectos macro que determinan las dinámicas en los ámbitos locales nacionales como internacionales. (Breilh, 2004)

En este contexto se originan los procesos protectores y destructivos frente a la necesidad de superar la visión unidimensional de la “*vieja epidemiología*” y esto se logra mediante la ruptura epistemológica que incorpora la complejidad y el movimiento, lo que implica deslindarse de la concepción de factor y trascender a la noción de proceso. Los modos que determinan la salud se desarrollan mediante un conjunto de procesos que adquieren proyecciones distintas frente a la salud, de acuerdo a los condicionamientos sociales de cada espacio y tiempo. (Breilh, 2007)

Cuando estos procesos son beneficiosos adquieren propiedades protectoras/benéficas o saludables y se denomina “*procesos protectores*”; pero cuando estos asumen propiedades destructivas/deteriorantes o insalubres se llaman “*procesos destructivos*”. La dinámica de los procesos protectores y destructivos se evidencia en los diferentes dominios de la determinación social de tal forma que los determinantes del nivel estructural inciden sobre los modos de vida (nivel particular) y se concretan a su vez sobre los estilos de vida el fenotipo, el genotipo (nivel singular). (Breilh, 2010a, 60)

Tanto los procesos protectores como destructivos se dan de forma conjunta de acuerdo al contexto y a las condiciones históricas específicas en el que se desenvuelven

los colectivos y pueden ser de carácter permanente, contingente o intermitente modificando así las condiciones de salud de los individuos y las sociedades. (Breilh, 2010a)

Bajo esta premisa, Breilh introduce la dialéctica como un elemento esencial para comprender su dinámica, este investigador propone la explicación del proceso salud enfermedad desde el “realismo dialéctico”. El objeto de estudio no es la realidad dividida en factores de riesgo que una vez corregida derivan en salud, sino la concepción de la realidad como proceso que se desarrolla como movimiento organizado alrededor de un eje dinámico “*la reproducción social*”. En el marco de la dialéctica, es posible aprehender y analizar las relaciones y contradicciones de sus componentes para así encontrar las determinaciones de las condiciones de vida o modos de vida que subyacen al proceso salud-enfermedad. (Breilh, 2010b, 93)

Según Jaime Breilh, la construcción de la necesidad como todo proceso humano se genera desde el orden individual o micro (génesis) y se reproduce desde el orden social o macro (reproducción social). En el orden individual priman los procesos fenotípicos básicos es decir, las necesidades fisiológicas y psicológicas; en otras palabras, son las personas y las familias en su cotidianidad las que determinan los movimientos detallados del consumo, con sus preferencias y de acuerdo a sus obstáculos (estilos posibles y deseables de vida) pero dichos estilos (preferencias y obstáculos) no operan en un vacío social, sino que se desarrollan en espacios sociales concretos, enmarcados en los condicionamientos económicos, culturales y políticos (modos de vida típicos) que en cada clase social y de acuerdo a las relaciones étnicas y de género que las caracterizan. (Breilh, 2010b, 95).

El perfil de determinación social de la salud-enfermedad, se constituye entonces en un sistema multidimensional de contradicciones que abarca el movimiento dialéctico de producción/consumo mediado por la distribución y que incluye también las relaciones con el entorno, medio geográfico o territorio, las relaciones político-ideológicas que definen las contradicciones entre la organización de clases y la privatización que las afecta; sin embargo, la producción, regida por los intereses de las clases dominantes, no es sólo la producción de cosas, sino producción de significados que se concretan en el consumo. El consumo adopta a su vez varias formas: de bienes producidos y mediados por la distribución, de bienes producidos en el trabajo y labores humanas, de valores de uso naturales, pero el consumo de estos bienes esta mediado en el nivel individual por las condiciones fenotípicas, genotípicas, y por las

representaciones que han apropiado los individuos y su grupo familiar. (Breilh, 2013, 15)

En estrecha relación con el perfil de determinación social, los dominios de la determinación, los procesos protectores y destructivos y la dialéctica, es importante involucrar el concepto de subsunción.

En palabras de Breilh,

subsunción quiere decir incorporar dominando y constreñir a nuevas condiciones; de esta forma, los determinantes del nivel singular y particular se ven reestructurados en una permanente transformación conforme a los límites y determinaciones impuestas por el orden más complejo. (Breilh, 2011, 81)

En consecuencia, las condiciones de salud de las personas y de los grupos sociales son el resultado de ese proceso complejo dinámico que se produce socialmente en todos los ámbitos donde la vida social se desarrolla, estructurando y reestructurando los aspectos biológicos y las construcciones de los grupos y de los individuos. La subsunción es otra forma de interpretar la determinación social de la salud-enfermedad, pues centra su explicación en los niveles de determinación al proponer que los niveles más complejos sobredeterminan los de menor complejidad. Es decir, el nivel social determina o subsume, el nivel biológico y psicológico. (Breilh, 2013,15)

Esta explicación no recurre al concepto de “riesgo” o “factores de riesgo” como mediación entre lo social y lo biológico, ya que se basa en la concepción de que lo más complejo imprime un nuevo orden y una nueva lógica a los niveles menos complejos de organización de la materia. De allí surge una concepción de determinación estructurada que tiene una jerarquía mayor que lo biológico y psíquico. El estudio de lo social en esta concepción es imprescindible para explicar cómo se constituye el proceso salud-enfermedad porque sólo así se puede detectar sus determinantes últimos que son los de mayor poder explicativo y de predicción. (Eibenschutz y otros, 2011, 52)

En este punto cabe aclarar como las opciones asumidas por las personas o las familias (el libre albedrío) frente a cómo vivir (estilos de vida), operan dentro de las posibilidades históricas de un modo de vida colectivo, mostrando así que los estilos de vida están subsumidos en la lógica de los grupos a los cuales pertenece y es lo que Breilh refiere como la autonomía relativa. (Breilh, 2010b, 83)

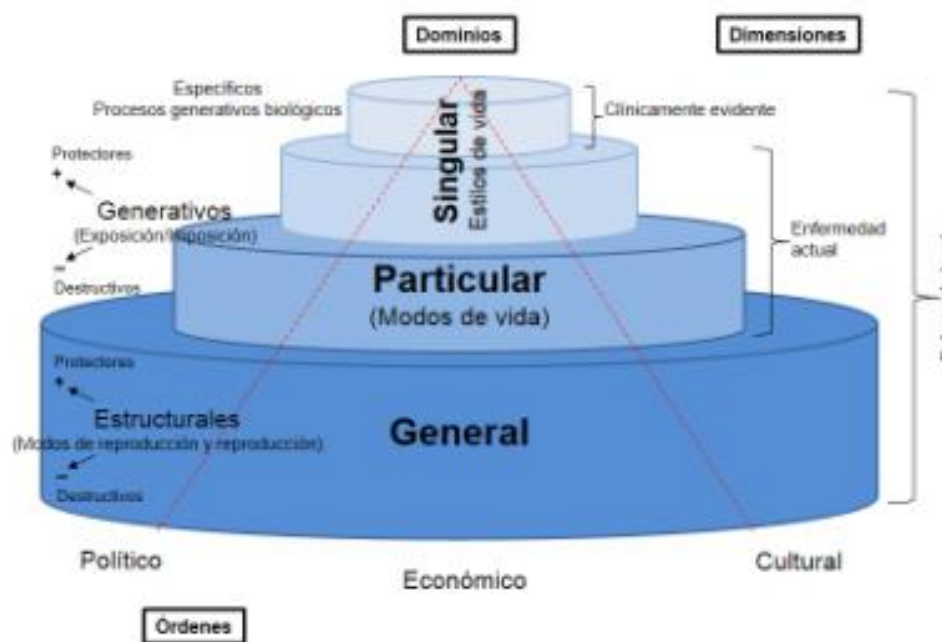
Por otra parte, en el marco de la determinación social de la salud con base en la propuesta de Breilh, surgen otros conceptos que este autor ecuatoriano refiere como las dimensiones de la salud: la salud directamente evidente, la salud actual y la salud real, o

realidad completa de la salud. Jaime Breilh refiere que al analizar un evento de salud, los aspectos directamente detectables o constatables son los que pueden observarse en las personas y son propios del nivel individual. (Breilh, 2010a)

La enfermedad actual, por su parte está constituida además por los procesos determinantes que se dan en los modos de vida y en los estilos de vida cotidianos de las familias y en los individuos, característicos del nivel particular y que subsume al individual. La enfermedad real o completa abarca además los procesos determinantes más amplios, inclusive los procesos del pasado y que siguen influenciando la enfermedad actual, es decir los procesos generales subsumen tanto a los procesos particulares como a los individuales. Todo lo descrito se puede observar en la siguiente figura

Figura 2.

Dominios, dimensiones y órdenes de la determinación social de la salud



Elaboración a partir de la fuente: Breilh, 2010. Epidemiología. Economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud.

4. La matriz de poder

En el marco del realismo dialéctico y con el sustento de la reproducción social que establece, según la distribución y acumulación de bienes y riquezas, un sistema de

producción consumo y de estructuras de poder que genera inequidad; Breilh aborda la inequidad como una condición que se manifiestan en desigualdades injustas en materia de clase, pero también de género y de etnia. (Arroyo, 2012,30)

Esta propuesta que articula las categorías de clase social, género y condición étnica está cruzada por la polémica entre las distintas perspectivas; a pesar de ello, Breilh sostiene que los tres procesos de inequidad (clase, género y etnia) guardan movimiento y unidad entre sí por su estrecha relación con la inequidad y las relaciones de poder. De acuerdo a lo referido por este autor la fuente primigenia de toda inequidad es la apropiación de poder, la apropiación privada de riqueza que dio origen a las clases sociales, la apropiación patriarcal de poder, y la apropiación de poder por parte de los grupos étnicos con mayores ventajas. (Breilh, 2010a)

La propuesta de Breilh señala que no se trata de “escoger” una categoría central y de tomar partido por la “clase”, el “género” o la “etnia” como eje central del análisis sino de entender su rico movimiento.

Para Breilh la categoría de “clase social” es fundamental; en este sentido la clase social para este autor es un proceso económico estructural de inserción en el aparato productivo, control de la propiedad, formación de relaciones sociales de producción y acceso a una cuota de distribución social y los modos de reproducción que están inmersos en la estructura de la propiedad, reflejando la clase social “en sí”; pero también los procesos ideológicos, la reproducción del poder simbólico y en los procesos políticos, que representa la clase social “para sí”. (Breilh, 2011)

La categoría “género” se constituye en un eje central en la comprensión de la determinación social, los patrones patriarcales tienen una relación directa con las relaciones de poder, un poder controlado por los hombres; en el que se establecen unas relaciones desiguales e inequitativas que someten a la mujer al espacio doméstico, a roles secundarios, al sometimiento, a la violencia y a condiciones de carencias que aparecen como naturales dentro de las relaciones sociales, pues son esquemas que se han repetido durante siglos y aún se mantienen. (Artiles, 2007, 21)

Entorno a la “etnia”, esta es una construcción histórica cultural relacionada con la identidad que construyen ciertos grupos sociales en su interacción y que establecen su forma de ver el mundo. La etnia se define por los atributos culturales (idioma, vestido, religión, instituciones, creencias, cosmovisión, etc) que otorgan una identidad que es aceptada y asumida por un colectivo. En general se puede afirmar que los grupos étnicos tienen recursos que los cohesionan, como el idioma, y se consolidan o no

mediados por el poder, fundamentalmente cultural, aunque necesitan de otras formas de poder para reproducirse y consolidarse. De esta forma la etnia determina las condiciones de vida y de salud de los colectivos. (Artiles, 2007, 26)

El tema de la equidad en salud para las etnias es complejo; usualmente los grupos étnicos discriminados se encuentran en los estratos sociales más bajos de los países marcados por el etnocentrismo y la visión biomédica que desconoce las historias personales y grupales culturales, la cosmovisión heredada y aprendida, y los saberes propios que constituyen su acervo de vida y condicionan las formas de estructurar sus espacios de reproducción biológica y social. Adicionar a la categoría etnia la de género, implica poner en evidencia las relaciones de poder entre géneros en los diferentes grupos culturales, lo que conlleva a manifestaciones diferentes según patrones culturales, simbolismo, cosmovisión, imaginario popular y códigos de comunicación lo que se expresa en las estructuras políticas, normativas sociales y jurídicas, de acceso a los servicios y en todos los ámbitos del accionar en la vida cotidiana. (Breilh, 2004)

5. Determinación social de la vulnerabilidad

El riesgo se considera generalmente como un fenómeno aleatorio relacionado con la causa y el efecto no son considerados como procesos socialmente determinados que condicionan la vulnerabilidad y capacidad de afrontamiento. El análisis de la visión aleatoria, determinista y multicausal del riesgo se origina porque se minimizan los procesos socio-histórico sociales, políticos y económicos, que inciden en las vulnerabilidades de los colectivos e individuos, este tipo de observación conlleva a la idea de que una causa (enfermedad, sastre etc) afecta a todo el mundo prácticamente de igual manera (Breilh y Zamora, 2016, 5). Por otro lado la Determinación social de la vulnerabilidad, dispone que las circunstancias y gravedad de un impacto son diferentes, estas se manifiestan según las características socio-espaciales creadas por la sociedad y las distintas vulnerabilidades derivadas. Es decir, la vulnerabilidad es la característica de un grupo de personas para anticipar, sobrevivir, resistir y recuperarse al impacto de una amenaza, que está relacionada a las características del espacio urbano o rural, las condiciones de la vivienda, las vías de comunicación, los recursos de afrontamiento y características bajo las que habitan. (Breilh y Zamora, 2016, 6)

5. Rumbo a la visión crítica de la salud

La comprensión de la interacción del campo social de la salud en lo biológico representa un gran reto, pues la forma como esta se concibe comprende y establece una metodología influenciada por el paradigma de la Epicrítica. Históricamente, se configuraron dos enfoques epidemiológicos centrales en torno a la comprensión social de la salud: el primero sustentado en el saber epidemiológico clásico que derivó en la epidemiología social anglosajona, base del enfoque de los determinantes sociales de la salud considerada como la perspectiva hegemónica, y el segundo que surgió como una propuesta alternativa a la epidemiología clásica, soportado en la medicina social latinoamericana y la salud colectiva latinoamericana, sustento del enfoque de la DSS (Borrero et al. 2013,798-9).

Para comprender este ámbito, Breilh (2010a, 113) describe la DSS alrededor de dos ejes: el primero, que es el ontológico, donde se asume la praxis en una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en la que lo biológico queda subsumido en lo social mediante procesos de producción y reproducción social en un marco histórico y contextual. El segundo, referido al plano epistemológico, capta la realidad soportada en el realismo dialéctico reconociendo la relación sujeto-objeto mediada por la praxis.

Alrededor de la DSS se encuentra la praxis que asume la inequidad como resultado de las desigualdades sociales en las relaciones de poder y de dominación; relaciones que enajenan al sujeto de sus posibilidades de realización vital y que se configuran en una matriz de *triple inequidad* conformada por la inequidad de género, de etnia y de clase social. Dicha matriz se articula con las formas de producción capitalista y produce inequidades sociales (Breilh 2010b, 97-9).

En la DSS se exponen y se introducen varias categorías como clase social, procesos de producción y reproducción social, fuerza de trabajo, modos de vida y el sujeto social, que llegan a institucionalizarse como elementos orientadores en la comprensión de la lógica que soporta la teoría, el método y la praxis de la determinación social de la salud (Cardona 2016,186-9).

Las condiciones de vida y las relaciones superestructurales no pueden comprenderse por sí mismas, ya que hay que buscar la anatomía de la sociedad en la economía política, determina a la concepción de clase social soportada en las relaciones de explotación derivadas del proceso de producción, así como a la importancia del sujeto social y su estrecha relación con los modos de vida —advertidos como procesos

de orden colectivo que determinan las condiciones de vida biológicas e ideológicas de los individuos, pues los sujetos no son ajenos a su realidad histórica y social (Hersch 2013, 514-5)—. Con base en estos planteamientos, Breilh (2004, 7) concibe la DSS como una propuesta contrahegemónica orientada a comprender la salud como un complejo multidimensional, considerando los procesos dialécticos de reproducción social que se relacionan en tres dominios: general, referido a la lógica de acumulación de capital, con sus condiciones político-culturales; el dominio particular de los modos de vida de los colectivos, con sus patrones de exposición y vulnerabilidad; y el singular de los estilos de vida que operan sobre el nivel individual y sobre sus condiciones fenotípicas y genotípicas.

Breilh (2007, 156-7), en su obra *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*, reflexiona sobre los dominios de la determinación social, que aluden a los niveles jerárquicos (general, particular y singular) en los que operan los procesos sociales en relación con los biológicos. Además, refiere que en el nivel general o estructural se identifican a los procesos económicos como determinaciones estructurales al definir la forma en que se distribuye el poder político y social, aspectos macro que determinan las dinámicas en los ámbitos locales nacionales e internacionales.

Bajo esta premisa se introduce la dialéctica como un elemento esencial para comprender la dinámica alrededor de la DSS, proponiendo la explicación del proceso salud-enfermedad desde el *realismo dialéctico* como la concepción de la realidad a modo de un proceso que se desarrolla alrededor de un eje dinámico denominado *reproducción social*. En el marco de la dialéctica, es posible aprehender y analizar las relaciones y contradicciones de sus componentes para así encontrar las determinaciones de las condiciones de vida o modos de vida que subyacen al proceso salud-enfermedad (Breilh 2015, 967).

La construcción de la necesidad como todo proceso humano se genera desde el orden individual o microgénesis y se reproduce desde el orden social o macro de la reproducción social en espacios sociales concretos, enmarcados en el entorno económico, cultural y político (968).

Aportando a la comprensión de la DSS, Breilh (2013, 19) en su obra *Determinación Social de la Salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública* examina el perfil de determinación social de la salud-enfermedad, llegando a develar que esta constituye un sistema multidimensional de contradicciones que según sus palabras “en el proceso se dan formas de subsunción en las cuales los

procesos de la dimensión más simple se desarrollan bajo subsunción respecto a las más complejas y entonces aparece que la relación social-biológico ocurre como un movimiento entre partes de un todo concatenado multidimensional”. En consecuencia, las condiciones de salud de las personas y de los grupos sociales son el resultado de ese proceso complejo dinámico que se produce socialmente en todos los ámbitos en que la vida social se desarrolla, estructurando y reestructurando los aspectos biológicos y las construcciones de grupos e individuos. La subsunción es una forma de interpretar la determinación social de la salud-enfermedad, pues centra su explicación en los niveles de determinación al proponer que los niveles más complejos sobredeterminan a los de menor complejidad. Exponiendo que el nivel social determina o subsume al nivel biológico y psicológico.

6. Mirada convencional biomédica de la salud

Las enfermedades bucodentales afectan a 3900 millones de personas en el mundo y tienen un impacto importante en sus ciclos de vida, así como en los sistemas de salud, económicos y sociales; a pesar de esto, la reacción quienes combaten esta patología sigue siendo deficiente, a tal punto de convertirse en la enfermedad no transmisible más común en todo el mundo, pero que no recibe la atención necesaria (World Dental Federation 2017, 4).

Dentro de este horizonte, la caries dental es la enfermedad más extendida en el mundo y constituye un reto importante en salud pública. Es la enfermedad más frecuente de la infancia, pero afecta a todas las edades a lo largo de la vida. Los datos actuales muestran que la caries no tratada en dientes permanentes tiene una prevalencia global del 40 % y representa la condición más frecuente de los 291 procesos analizados en el estudio internacional sobre la carga de las enfermedades (Federación Dental Internacional 2015, 15).

A pesar de la naturaleza extendida de la caries, los datos globales estandarizados y fiables son limitados, debido a que los datos sobre salud bucodental no están integrados en la vigilancia nacional de enfermedades, fundamentalmente en los países con ingresos bajos o moderados, restringiendo el desarrollo de enfoques apropiados para reducir la carga de la enfermedad en estos países por una falta de información epidemiológica real y actualizada (16).

En efecto, la caries dental, como todas las otras enfermedades, es explicada por una amplia gama de “factores de riesgo”, la edad, el sexo y las condiciones hereditarias, son intrínsecos a la persona y no se pueden cambiar o modificar, otros son los comportamientos y estilos de vida que pueden ser modificables (36).

Como parte de este enfoque convencional se piensa en los determinantes sociales de la salud como factores en los que se considera el ciclo de vida de las personas en sus diferentes periodos que, sumados a la producción, determinan en gran medida los sus comportamientos y decisiones, modeladas por un conjunto más amplio de fuerzas: economía, políticas sociales, educación, política y muchas más.

La Federación Dental Internacional (2015, 40) describe que “la prevalencia de la caries dental afecta mayormente a los niños y niñas de familias de bajos ingresos, minorías étnicas y migrantes”. Existiendo fuertes desigualdades debido a la mala cobertura en atención primaria de salud. Solo alrededor de dos tercios de la población mundial tiene acceso a cuidados de salud oral adecuados, con grandes diferencias entre los países.

Con respecto a Ecuador, la caries dental se encuentra entre las principales patologías que aquejan a la población ecuatoriana y más aún a la población infantil (Cabeza et al. 2016, 67). Tomando como referencia los resultados obtenidos por Narváez (2017, 44) quien investigó a las familias de un CDI en asociación con la salud bucal, se concluyó que la prevalencia de caries de la infancia temprana en menores de 3 años es de 26,7 %; comparada con las políticas de la Academia Americana de Odontopediatría, el hecho de que un bebé menor de 3 años presente una sola superficie dental afectada por caries ya se considera como caries de la infancia temprana severa, llevando a concluir que la prevalencia de caries en menores de 3 años es de por sí una situación preocupante.

Por otra parte, la atención en salud bucal de los CDI está alineada a la conceptualización biomédica convencional de toda la red de salud pública que observa al proceso salud-enfermedad con una mirada causalista, en la que las acciones están centradas en la causa y en el efecto que otorga la enfermedad bucal en un niño.

Capítulo segundo

Metodología para alcanzar la comprensión de la Salud Bucal de los niños y niñas que asisten a los centros de desarrollo infantil del Mies de la Administración Zonal Quitumbe 2018.

1. Preguntas centrales de investigación

¿Cómo se manifiesta la salud bucal de los niños y niñas de los CDI del Mies de la Administración Zonal Quitumbe de la ciudad de Quito, desde el enfoque de la Determinación Social de la salud?

De qué manera se articulan los procesos del dominio general, particular con la salud bucal de los niños y niñas de los CDI con los procesos del dominio individual?

¿Cuáles son las relaciones y las contradicciones de la salud bucal de los niños y niñas de los CDI del Mies de la Administración Zonal Quitumbe que se expresan en los procesos protectores/destructivos?

¿De qué forma se expresa la subsunción de la salud bucal de niños y niñas de los CDI del Mies de la Administración Zonal?

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Analizar la salud bucal de los niños y niñas de los CDI del Mies en la Administración Zonal Quitumbe de la ciudad de Quito, desde el enfoque de la Determinación Social de la salud.

2.2. Objetivos específicos

- Exponer los procesos críticos que configuran la segregación socioespacial de los barrios de la Administración zonal Quitumbe.
- Revelar el conjunto de fuerzas que componen los procesos protectores y destructivos de la salud bucal de niños y niñas de los CDI del Mies en los dominios particular, singular.

- Determinar el nivel de afectación de la salud bucal de los niños y niñas que asisten a los CDI del Mies de la Administración Zonal Quitumbe y su relación con los modos de vida de las familias.

3. Diseño de estudio

La presente investigación integró varias disciplinas, con lo cual se obtuvo perspectivas de análisis propias de cada una, con el fin de enriquecer el enfoque del objeto de estudio. Se utilizó la triangulación de técnicas intensivas, cualitativas, como entrevistas, técnicas documentales y bibliográficas, buscando profundizar en la complejidad de lo singular; con técnicas extensivas, cuantitativas, como la encuesta y la valoración clínica, para profundizar en la complejidad y regularidad de los fenómenos agregados. Se identificaron los procesos críticos en cada uno de los dominios general, particular y singular, las relaciones entre dominios de la matriz de procesos críticos y el perfil de la salud bucal de los niños y niñas asistentes a los CDI de la AZQ, incluidos en el estudio.

4. Universo y muestra del estudio

4.1 Caracterización de población infantil

La población infantil considerada en el estudio fue de 476 niños y niñas que asisten a los CDI del territorio de la AZQ del DMQ. Estos centros fueron identificados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social del Ecuador (MIES) a través de un estudio sociodemográfico para ver las dinámicas de las familias y las condiciones en las que viven los niños de los CDI, este trabajo lo realizaron en el año 2017; el estudio sirvió de línea base para la toma de decisiones en la institución.

Partiendo de este estudio la coordinación del Mies autorizó el desarrollo del trabajo de investigación en 9 centros infantiles pertenecientes a la AZQ con la finalidad de complementar el estudio que el Mies había realizado.

Tabla 1.
Población infantil considerada

| Nombre de la unidad CDI | Cantidad de niños y niñas | Parroquia que corresponde el CDI |
|---------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| Orquídeas | 57 | Ciudadela Ibarra |
| Mis Primeros Pasos | 40 | Martha Bucaram |
| Claudia Beltrán | 45 | |
| Santa Cruz | 40 | La Ecuatoriana |
| Estrellitas Futuras del Sur | 55 | |
| María Auxiliadora | 40 | |
| Estrellitas del Sur la Estancia | 40 | El Tránsito |
| Capullitos de Ternura | 40 | |
| Démonos la Mano Amigos | 119 | |
| Total | 476 | |

Fuente y elaboración propias

Como criterios de inclusión para el estudio se definió lo siguiente: niños y niñas de 12 a 36 meses de edad integrados a los CDI y sus familias. Los criterios de exclusión fueron familias y grupo de trabajo (coordinadoras, educadoras) que no alcancen a participar por inasistencia, inconveniencias que los excusen de colaborar en el estudio o por la falta de firma del consentimiento que acredite la participación en la investigación.

4.2 Caracterización del grupo de coordinadoras y educadoras

Para las educadoras se tuvo presente que debe existir una educadora por cada 10 niños y niñas. Los CDI a intervenir, en promedio, asisten en salud complementaria a 52 niños y niñas que correspondería a 5 cuidadoras por centro; con esto se considera un grupo de 15 educadoras. Con respecto a la caracterización de las coordinadoras se consideró 9 técnicas/os de desarrollo infantil (coordinadora/o director/a), una por cada CDI, integrando este grupo de profesionales de salud.

4.3. Cálculo de la muestra

Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado y por conglomerados. Cada CDI correspondió a un conglomerado. Mediante un diseño de muestreo bietápico que consideró los estratos formados por las parroquias de la AZQ. El cálculo del tamaño mínimo para muestra aleatoria estratificada, con prevalencia esperada de 30 %, error 5 %, efecto de diseño 1,5 (para compensar la diferencia con un muestreo aleatorio

simple) y tamaño de población $N=476$, fue igual a 289. El diseño del cálculo del tamaño de muestra proporcional por estrato calculado se indica a continuación.

Tabla 2
Tamaño de muestra proporcional por estrato de la población

| Nombre del CDI | Cantidad de niños y niñas | Parroquia del CDI | Total por estrato | Muestra por estrato |
|---------------------------------|---------------------------|-------------------|-------------------|---------------------|
| Orquídeas | 57 | Ciudadela Ibarra | 57 | 36 |
| Mis Primeros Pasos | 40 | Martha Bucaram | 40 | 28 |
| Claudia Beltrán | 45 | La Ecuatoriana | | |
| Santa Cruz | 40 | La Ecuatoriana | | |
| Estrellitas Futuras del Sur | 55 | La Ecuatoriana | 140 | 85 |
| María Auxiliadora | 40 | El Tránsito | | |
| Estrellitas del Sur la Estancia | 40 | El Tránsito | | |
| Capullitos de Ternura | 40 | El Tránsito | | |
| Démonos la Mano Amigos | 119 | El Tránsito | 239 | 140 |
| | 476 | | | 289 |

Fuente y elaboración propias

El diseño muestral se articuló a partir de la identificación de conglomerados de manera que cada uno de estos fue una representación de los CDI del MIES en la AZQ. Básicamente se extrajo por procedimientos aleatorios una muestra de conglomerados dentro del universo, en cada muestra de estos se llevó a cabo una nueva elección aleatoria de otro subconjunto de conglomerados, hasta seleccionar finalmente los niños y niñas con sus respectivas familias a intervenir.

5. Recopilación de información

En el dominio general para el análisis de la segregación socioespacial se utilizó la investigación documental para caracterizar los órdenes político, económico y cultural. En el dominio particular se aplicó la encuesta con enfoque de la determinación social en la sección modos de vida. Para el dominio particular se utilizaron entrevistas, la sección de la encuesta enfocada en estilos de vida y la valoración bucodental. En la siguiente tabla se muestra la esquematización de las técnicas aplicadas en el estudio.

Tabla 3
Técnicas aplicadas en el proceso de investigación

| Fases del proceso de investigación | | | | Técnicas | | |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------|----------|------|-----------------------------------------|
| | | | | Int. | Ext. | Idoneidad |
| La fase de comprensión de la determinación social y la salud bucal. | | | | X | | Análisis bibliográfico en profundidad |
| La fase de discernimiento de los dominios individual, particular y general | Representación | Identificación de los actores | Familias e infantes | | | Encuestas |
| | | | Coordinadoras/directoras CDI | | | Entrevistas |
| | | | Cuidadoras/educadoras | | | Entrevistas |
| | | | Protocolos de atención | | | Análisis documental |
| | | Establecimiento de las tendencias epidemiológicas | | | | Encuesta |
| | Exploración sociohistórica y política | | | | | Análisis documental |
| La fase de integración y dinamización | | | | | | Análisis de resultados fases anteriores |
| Fase de síntesis y comprensión | | | | | | Síntesis de resultados |

Fuente y elaboración propias

5.2 Instrumentos del estudio

Los instrumentos utilizados en el estudio fueron:

La encuesta epidemiológica bajo el enfoque de la determinación social, Ver anexo 1. Para la aplicación de la encuesta epidemiológica se trabajó con el apoyo de la Licenciada Martha Aules, que se desempeña en el MIES como coordinadora de la zona 9, quien realizó una convocatoria para cada uno de los 9 centros infantiles por día, para que acudan los padres o representantes de los niños al auditorio del distrito Quito Sur del MIES con el objetivo de la socialización del proyecto de investigación y a la vez la aplicación del consentimiento informado y la encuesta epidemiológica bajo el enfoque de la determinación social de la salud.

El guion de entrevista semiestructurada para coordinadoras y educadoras, aplicado según el cronograma de visitas a los centros de desarrollo infantil. Ver anexo 2

El formato de Evaluación odontológica, (odontograma) que sirvió para la valoración del estado bucodental del niño o niña, éste se encuentra en el apartado módulo de tendencia epidemiológica de la encuesta. El desarrollo de esta evaluación se realizó previa autorización a un cronograma presentado a la coordinación del MIES en donde se planteó realizar diariamente el examen clínico odontológico a cada niño perteneciente a un centro de desarrollo infantil, con excepción del CDI démonos la mano amigos en donde se lo realizó en 4 días por la cantidad de niños, y se contó para este fin con 2 doctoras odontólogas y 2 auxiliares para llenado de historia clínica y odontograma con la ayuda de equipos portátiles e instrumental estéril.

6. Modelo analítico operacional del estudio

Se analizó la relación del nivel de afectación de caries dental con las variables de modos de vida, estilos de vida y otros indicadores de la salud bucal del niño. Se aplicó el análisis de contingencia con el fin de comparar los distintos procesos de modos de vida, caracterización de inserción social y los efectos en el nivel de afectación de caries dental. Con respecto al nivel de afectación de caries se realizó la evaluación odontológica a los niños de los 9 centros infantiles del MIES en base a una escala de bajo, nulo, moderado y severo, además para interpretar el índice de caries de la estructura dental se realizó a partir del índice CPO que significa cariados, perdidos y obturados.

Por otro lado se analizaron las desigualdades de modos de vida, estilos de vida, indicadores de salud y afectación por barrios agrupados según su vulnerabilidad. Se utilizaron pruebas de hipótesis de diferencia de proporciones medidas a través del estadístico chi cuadrado, como pruebas estadísticas para observar si las diferencias encontradas son estadísticamente significativas. Para la tipificación de clases sociales se aplicó la metodología del IV Estudio Nacional de Salud ENSAB IV, Metodología y Determinación Social de la Salud Bucal, tomando como referencia el instrumento INSOC diseñada por el doctor Jaime Breilh (Ministerio de Salud y Protección Social 2014, 86). Esta propuesta combina: a) Ocupación del principal responsable económico; b) Función en el trabajo; c) Propiedad de los medios de producción; d) Fuente de ingresos. El algoritmo para las combinaciones de clase social se presenta en el anexo 3.

Para el análisis de clases sociales se consideró a la capa media pobre, a los empleados de empresa particular titulados o no titulados. Comerciantes con ingresos menores a un salario mínimo o cuando es salario por ventas, con un ingreso menor a un salario mínimo, o si es comerciante y su ingreso es menor a un salario mínimo. Si la persona no es trabajadora de empresa o trabaja por cuenta propia se considera subsalariada. Si es jubilado con propiedades e ingresos superiores a cuatro salarios y manifiesta que su principal ingreso es por alquiler se considera rentista. Según combinaciones del ejercicio que se muestra en el anexo 3 de este documento.

En la obtención de modos de vida característicos de la población de se utilizó la información de la Encuesta modificada bajo el enfoque de la Determinación social para construir los modos de vida en la cual se consideró lo siguiente: Calidad y disfrute de bienes de consumo: Consumo de elementos de higiene bucal, como la posibilidad que tienen las familias para acceder al cepillo dental, la crema dental o la seda dental, según sus posibilidades económicas. Capacidad para crear y reproducir valores culturales: Autonomía en el manejo del tiempo para el cuidado de la salud bucal, referido a la capacidad que tienen las familias de los niños que asisten al CDI para realizar el cuidado, tanto en la jornada diaria, como al finalizar la misma. Papel de género, papel laboral, rasgos culturales, costumbres, valores y creencias. Participación en toma de decisiones y organización de acciones para beneficio del grupo social, busca entender que una familia se vincula y participa de una organización social propia de su entorno de vida cotidiana, no laboral. Condiciones de hacinamiento busca entender cómo las familias viven en condiciones que le posibilitan o restringen aspectos relacionados con las condiciones del espacio donde habita. Estos elementos fueron operacionalizados según la matriz de operacionalización de modos de vida que se muestra en la tabla 5.

Para la Determinación social de la vulnerabilidad del barrio se consideró elementos muy importantes basados en información proporcionada del plan local de salud del año 2018 del distrito 17D07 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, datos que permitió conocer los barrios donde se concentran la mayor vulnerabilidad, basándose en la disponibilidad de servicios, insalubridad, inseguridad, acceso en las vías y distancia de los barrios.

La interpretación para entender la vulnerabilidad de los barrios se la definió así: Alto de 10 a 14 - Medio de 5 a 9 - Bajo 0 a 4. Una X lo menos malo y XX lo más malo, elementos que se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 4.

Matriz entorno a la Determinación social de la vulnerabilidad

| Barrios DISTRITO 17D07 | | | | | | |
|------------------------------------|----------------------|-------------------------|--------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|
| problema | Sta. Cruz | Cdla. Ibarra | Chillogallo | Ecuatoriana | Transito | Martha Bucaram |
| Insalubridad por basura | xx | Xx | xx | xx | Xx | Xx |
| Inseguridad por delincuencia | | Xx | xx | xx | X | Xx |
| Agua Insalubre | xx | | | xx | X | |
| Alcoholismo | xx | | xx | | | |
| Violencia Intrafamiliar | | | | | | |
| Vías en mal estado | xx | | | | | |
| Ubicación del Barrio /está alejado | x | | | | | |
| | 9 | 4 | 6 | 6 | 4 | 4 |

Elaboración a partir de Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2018). Plan Local de Salud del Distrito de Salud 17D07. Quito.

Con respecto a las entrevistas, estas fueron semiestructuradas y se realizaron de forma interna, considerando que sean flexibles y abiertas al entrevistado, por medio del cronograma diario de visitas a los CDI, se realizaron preguntas sobre la DSS en los dominios general, particular e individual de la salud bucal infantil, siguiendo una guía de preguntas específicas sujetas exclusivamente a la problemática de estudio. Ver anexo 2. Durante la entrevista se consideró la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información por parte del entrevistado, siempre mostrando el mayor interés en sus relatos, expresiones y demás detalles. Al finalizar la entrevista se transcribieron las grabaciones de audio a formato de texto. Luego se realizó el análisis de la entrevista para obtener un resumen de las mejores expresiones para el estudio así como la mejora del guion de entrevista para obtener información que no se obtuvo en los primeros entrevistados/as.

Por otra parte la matriz de procesos críticos se sustentó en los postulados de Breilh, y el aporte de la encuesta con sus diferentes bloques (Información general del niño y su representante, bloque de modos de vida, bloque de servicios, bloque familia,

bloque del INSOC, bloque de la vivienda, estilos de vida –hábitos de salud bucal y tendencia epidemiológica). Los procesos contenidos en la matriz de la DSS se formularon alrededor de los diferentes resultados obtenidos, mediante la interpretación de la matriz de operacionalización de variables o también llamado modelo analítico operacional que se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 5.
Modelo Analítico y Operacional

| BLOQUE | CONTENIDO | | OPERACIONAL. |
|----------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Información general del niño o niña | Nombre del CDI | Capullitos de Ternura/Claudia Beltrán Démonos la Mano Amigos/Estrellitas del Sur la Estancia/Estrellitas Futuras del Sur María Auxiliadora/Mis Primeros Pasos Orquídeas/Santa Cruz | No se operacionaliza |
| | Edad | 0 a 12 meses/13 a 24 meses/25 a 36 meses Más de 36 meses | Condición de la edad referida en meses a partir de la fecha de evaluación |
| | Sexo | Hombre/Mujer | |
| Información general de la persona encuestada | Parentesco con el niño | Papá/Mamá/Abuelo(a)/Hermano (a)/Otro familiar | |
| | Presencia del padre en la encuesta | NO/SI | 1 punto: SI asiste el padre a la encuesta de salud bucal del niño. 2 hasta 14 puntos: NO asiste el padre a la encuesta de salud bucal del niño, asiste la mamá u otro familiar. |
| | Identidad étnica | Indígena/Afro ecuatoriano/a/Negro/a/Mulato/a Montubio/a/Mestizo/a/Blanco/a | |

Continuación Modelo Analítico y Operacional

| BLOQUE | CONTENIDO | OPERACIONALIZ. |
|--------|-----------|----------------|
|--------|-----------|----------------|

| REALIDAD PARTICULAR | Modos de vida. Vivienda | <u>Disponibilidad de todos los servicios básico/</u> NO;SI | 0 hasta 6 puntos : NO dispone de todos los servicios 7 puntos : SI dispone |
|---------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Cantidad de Familiares del Niño (3,4,5,6,7,8,9) | |
| | | Ubicación del niño en referencia a los hermanos (1,2,3,4,5,6) | |
| | | Numero de dormitorios (1,2,3,4) | |
| | Modo de vida (vivienda) | <u>HACINAMIENTO</u> NO/SI | 0 a 2 puntos : NO existe hacinamiento Más de 3 puntos : SI existe |
| | Modo de vida (vivienda) Ambiente de descanso | Con quién duerme el niño o la niña: Papá/Mamá/Abuelo(a)/Hermano (a)/Otro familiar | |
| BLOQUE | CONTENIDO | | |
| Realidad Particular | MODOS DE VIDA ESPACIO DE SOPORTES FAMILIARES | Nivel de educación | Primaria /Secundaria/Universitaria/Ninguna |
| | INSOC OCUPACIÓN | Edad del padre/madre SEGMENTOS DE TRABAJO | < de 18 años/De 18 a 28 años./De 29 a 39 años./De 40 o mas Profesional o técnico que ejerce independientemente Empleado de empresa particular titulado (profesional o técnico) Empleado público titulado (profesional o técnico) Empleado de empresa particular no titulado Empleado público no titulado Artesano Comerciante propietario de pequeño negocio Propietario de empresa industrial, comercial o de servicios Obrero o trabajador manual de empresa no Propia Jornalero o peón Trabajador por cuenta Propia no profesional ni técnico Empleada doméstica Trabajadora familiar sin remuneración fija, AMA DE CASA Jubilado Del IESS, ISFA, ISPOL Militar o policía (de tropa u oficial) Pequeño trabajador agrícola Rentista Ninguna (desempleado/a) |

Continuación Modelo Analítico y Operacional

| BLOQUE | CONTENIDO | OPERA. |
|--------|-----------|--------|
|--------|-----------|--------|

| | | | | |
|---------------------|--------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Realidad Particular | FUNCIÓN | ACTIVIDADES EN LA ORGANIZACIÓN SOCIAL DEL TRABAJO: | Hace el trabajo /Hace y dirige el trabajo Dirige y organiza el trabajo de otros | |
| | PROPIEDADES | <u>DISPOSICIÓN DE MEDIOS DE PRODUCCIÓN</u> | NO/SI | 0 puntos : NO Dispone de algún medio de producción /1 hasta 5 puntos : SI Dispone de algún medio de producción |

| BLOQUE | CONTENIDO | | | OPERAC. |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Realidad Particular | INSOC | MONTO DE ACCESO | Menos de 200 dólares/De 201 a 400 dólares/Más de 400 dólares | |
| | CONTROL 2 | | | |
| | <u>INSERCIÓN SOCIAL:</u> concepto integral de clase social que permite abarcar las dimensiones fundamentales que determinan el modo de vida y las relaciones sociales en una formación concreta (Breilh, 1989) | <u>CLASE SOCIAL</u> | Capa media pudiente Capa media pobre Pequeño productor artesano Pequeño productor Comerciante Pequeño trabajador agrícola Empresario Obreros Subasalariado Desempleados Jubilado Militares | En función de la tabla de combinaciones para cada fracción social del ejercicio desarrollado por Jaime Breilh en el Centro de Estudios y Asesoría en Salud. |
| | Vivienda | Propiedad de la vivienda: Propia/Prestada/Arrendada Estructura de la vivienda: Casa/Mediagua/Departamento/Cuarto | | |
| | Modos de vida Reprod. Social | Régimen de salud | Seguro ISSFA /ISSPOL/IESS/Seguro voluntario/Seguro campesino/Seguro privado/el IESS/ ISSFA / ISSPOL/MSP | |

Continuación Modelo Analítico y Operacional

| BLOQUE | CONTENIDO | OPERACIONALIZACIÓN |
|--------|-----------|--------------------|
|--------|-----------|--------------------|

| | | | |
|---------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Realidad Particular | Espacio de calidad y disfrute de bienes de consumo | Lugar de asistencia bucal En un centro/puesto de salud u hospital de la red pública de salud del MSP En el Centro Infantil por personal del MSP/En un consultorio particular | |
| | | <u>Acceso al servicio odontológico:</u> NO/SI | 1 o 3 puntos : NO acceden sólo en los CDI/2 puntos : SI acceden sólo en los CDI |
| | | Satisfacción del servicio Nada satisfecho /Poco satisfecho/ Satisfecho/Muy satisfecho | |
| | | uso de implementos Cepillo y agua/Cepillo y pasta/Gasa húmeda higiene bucal acceso al uso del cepillo dental, crema dental o gasa dental / NO;SI | 1 punto :SI acceden a usar el cepillo dental/ 2 hasta 3 puntos : Acceden a usar otro implemento |
| BLOQUE | | CONTENIDO | OPERACIONALIZACIÓN |
| Realidad Particular | creación de valores culturales: | <u>compresión de las familias acerca de la higiene bucal</u> no comprenden comprenden regularmente comprenden bien | Condición SI para P 1.46 1-2 puntos : comprenden regularmente la salud bucal 3-4 puntos : comprenden bien la salud bucal |
| | | <u>conocimiento de las familias cdi acerca de las causas de caries</u> bajo conocimiento medio conocimiento alto conocimiento | 0 -5 puntos :Baja CONOCIMIENTO 6-10 puntos : media CONOCIMIENTO 11-14 puntos : alta CONOCIMIENTO |
| | | <u>prácticas de las familias cdi para conservar la salud bucal:</u> SI/NO | 1 a 6 puntos : NO realiza todas las prácticas 6 puntos : SI realiza todas las prácticas |
| | hábitos de salud bucal | <u>autonomía en el manejo del tiempo para el cuidado de la salud bucal</u> bajo/medio/alto | 3 a 4 puntos : Baja Autonomía 5 a 7 puntos: Media Autonomía 8 a 9 puntos: Alta Autonomía |
| | | <u>Causas de la falta de tiempo</u> llega muy tarde/llega muy cansado/a/no lo considera necesario/debe realizar otras labores | - |
| | | <u>Problemas bucales</u> | |

| | | |
|---------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | ¿ el niño o la niña ha tenido dientes faltantes?/¿ el niño o la niña ha tenido mal aliento/¿ el niño o la niña ha tenido manchas oscuras/¿ el niño o la niña ha tenido frenillo/¿ el niño o la niña ha tenido dientes disparejos/¿ el niño o la niña ha tenido babeo del niño/¿ el niño o la niña ha tenido caries? |
| | | Visita dental antes de los 6 meses de edad/entre 6 y 12 meses de edad/más de un año de edad/no recuerda/por una urgencia/para un tratamiento /certificado odontológico/por revisión |
| REALIDAD INDIVIDUAL | itinerario típico personal | Inicio de la higiene bucal ocho días de nacido/primer mes de nacido/antes de los seis meses de nacido/entre seis meses y un año de nacido/más de un año de nacido 1. Antes de los seis meses de nacido 2. Después de los seis meses de nacido 3. NO recuerda |

Continuación Modelo Analítico y Operacional

| BLOQUE | CONTENIDO | | OPERACIONAL.. |
|---------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| REALIDAD INDIVIDUAL | itinerario típico personal | Responsable del cuidado bucal el responsable/el niño solo/otra persona | |
| | | actividad de cepillado del niño en el día NO / SI | 0 puntos : NO realiza el cepillado 1 a 6 puntos: SI realiza el cepillado |
| | | Reemplazo del cepillo dental menos de 1 mes/entre 1 y 2 meses entre más de 2 y 3 meses/entre más de 3 y 6 meses/entre más de 6 meses y 1 año/más de 1 año | 1. Menos de 3 meses 2. Más de 3 meses |
| | | Cambio del cepillo dental cuando las cerdas han perdido la forma/cuando se ve sucio/cuando lastima la encía/periódicamente sin importar su estado | |
| | hábitos nocivos del niño | Gusto por la crema dental nada/un poco/algo/bastante muchísimo | 1 a 3 puntos : El niño NO traga o come crema dental en el cepillado 4 a 5 puntos: El niño traga o come crema dental en el cepillado |
| | | Uso de biberón: SI/NO | |

Continuación Modelo Analítico y Operacional

| BLOQUE | CONTENIDO | | OPERACIONALZ. |
|---------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| REALIDAD INDIVIDUAL | <u>HÁBITOS NOCIVOS DEL NIÑO</u> | HABITO DE MORDER LABIOS HABITO DE CHUPAR DEDO HABITO DE RECHINAR DIENTES HABITO DE COMERSE LAS UÑAS/HABITO DE CHUPARSE LA LENGUA Adiario/Esporádicamente/Nunca/NO me he dado cuenta | |
| REALIDAD INDIVIDUAL | <u>SALUD BUCAL DEL NIÑO O LA NIÑA</u> | Estructura dental Normal /Hipoplasia/Hipo mineralización Erupción dentaria /Normal/Con trastornos Dentición del niño Normal /Aumentada/disminuida <u>ÍNDICE DE CARIES</u> nivel de afectación de caries dental nulo/bajo moderado/severo | Se utiliza la formula IC= $(P1.93 \times 100) / P1.94$ 4 A 19 BAJO 20 A 40 MODERADO MAS DE 40 SEVERO |

Fuente y elaboración propia

8. Limitaciones de la investigación

Los resultados de la presente investigación son válidos para el contexto en el que fueron tomados los datos: los CDI del Mies de la AZ Quitumbe que se incluyeron en la muestra. El estudio se ajustó a las disposiciones del Departamento de Análisis de Desarrollo Infantil de la Coordinación Zonal N° 9 del Mies y a sus lineamientos.

9. Ética de la investigación

Los participantes en el estudio fueron coordinadoras, educadoras y padres del niño/a integrados a los CDI que accedieron a ser parte del estudio por medio de consentimiento informado que se detalla en el anexo 4 de este documento.

Se acordó la confidencialidad de la información proporcionada por los participantes, garantizando que esta información no será divulgada y será utilizada únicamente por el investigador a fin de definir y caracterizar la problemática, además de garantizar la participación voluntaria a través de este documento. En el mismo

documento, los representantes de los niños y niñas asintieron que sus representados participen en la investigación.

De tal forma la investigación se ejecutó de acuerdo a los tres principios universales de investigación, descritos en el Informe Belmont: Respeto por las personas, Beneficencia y Justicia. Estos principios se plantearon para orientar y garantizar que siempre se tenga en cuenta el bienestar de los participantes. Tanto los investigadores como los patrocinadores y miembros de los comités de ética institucionales garantizaron que se cumpla con estos principios y se advierta el bienestar de la poblaciones participe de esta investigación.

Con respecto al primer principio todos los involucrados fueron tratados como seres autónomos, permitiéndoles decidir por sí mismos, garantizando el mismo, por medio de la obtención de consentimiento informado. En relación a la ética de investigación, la beneficencia significó en el estudio una obligación de la investigadora a no hacer daño (no maleficencia), considerando la minimización del daño y maximización de beneficios y asegurándose que exista un beneficio favorable hacia los participantes de la investigación.

Entorno al principio de la justicia en la distribución de los participantes, se consideró para la investigación que las cargas y los beneficios estén compartidos en forma equitativa entre los grupos de sujetos de investigación. Es decir, no se atribuyó ninguna carga adicional a los participantes y tampoco fueron elegidos sin ningún tipo de discriminación social de raza, género o etnia.

Como parte del compromiso de la devolución de la información una vez concluido el trabajo de investigación el Mies a través de la coordinación recibirá el documento final.

Capítulo tercero

Análisis de la determinación social de la salud bucal en los centros de desarrollo infantil del Mies de la Administración Zonal Quitumbe

1. Segregación socioespacial del territorio de la Administración Zonal Quitumbe

La mayoría de instituciones públicas determinan su funcionamiento mediante lineamientos que las llevan a trabajar en modelos desconcentrados que brindan atención mediante procesos desarticulados con sinergia propia. Este modelo desconcentrado fue adoptado para generar coherencia funcional en la administración de los servicios públicos (EC Municipio del Distrito Metropolitano de Quito 2012, 13). En junio de 2011, la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo oficializó la determinación de distritos y circuitos administrativos de los ministerios, con la conformación de 139 distritos y 1134 circuitos administrativos como parte de un proceso de transformación del Estado que busca la prestación de servicios públicos cercanos a la ciudadanía. El Municipio de Quito sigue ese modelo de desconcentración con nueve administraciones zonales (101).

La dinámica poblacional del DMQ en los últimos 20 años, considerando las nueve Zonas Administrativas que lo componen, muestra importantes diferencias, según datos del último Censo, la tasa de crecimiento poblacional del DMQ ha disminuido en los últimos años: del 2.6% en el 2001 pasó al 2.2% en el 2010. Sin embargo, existe un proceso de expansión urbana hacia las parroquias rurales más cercanas a la ciudad. (Municipio del Distrito Metropolitano de Quito 2013,23)

Bajo este panorama el Municipio del DMQ en el año 2018 estuvo formado por 2.644.145 habitantes que constituyen el 86.4% de la población de la provincia de Pichincha y el 15.8% de la población nacional. Se estima que para el año 2030, la población del DMQ será de casi 3.252.508 habitantes. (Municipio del Distrito Metropolitano de Quito 2013, 25)

Tabla 6.
Estadísticas socio - demográficas por Administración Zonal del DMQ

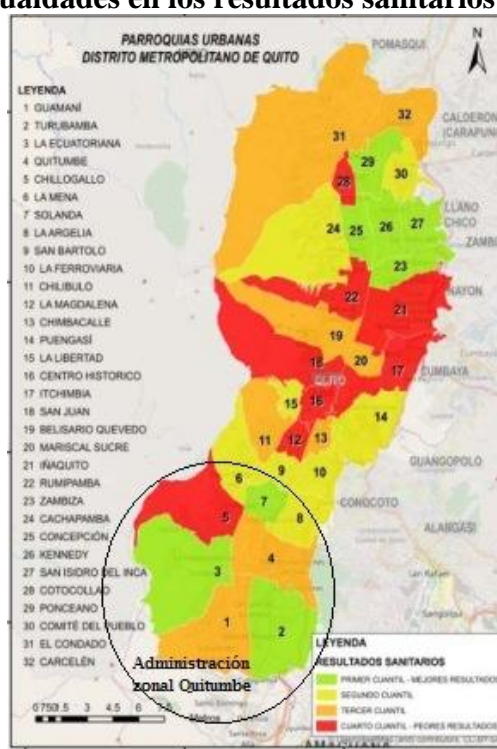
| Administración Zonal | Número de parroquias | Proyección Población total (2017) | Densidad Demográfica (hab/ha) | Proyección Población en zonas urbanas (%) (2017) | Proyección Población en zonas rurales (%) (2017) | Proyección Población menos de 15 años (%) (2017) | Proyección Población 65 y más años (%) (2017) | Tasa bruta de natalidad (por 1.000 habitantes) (2016) |
|----------------------|----------------------|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Calderón | 2 | 236.646 | 42,1 | 0 | 100 | 29,6 | 4,6 | 16,6 |
| Eloy Alfaro | 9 | 437.767 | 131,4 | 99,6 | 0,4 | 27,2 | 7,2 | 13,7 |
| Eugenio Espejo | 18 | 490.619 | 61 | 87,5 | 12,5 | 23,4 | 9,2 | 12 |
| La Delicia | 12 | 358.617 | 62 | 72,2 | 27,8 | 27,6 | 6 | 17,6 |
| Los Chillos | 6 | 211.209 | 32,3 | - | 100 | 28 | 6,7 | 13,5 |
| Manuela Sáenz | 5 | 209.840 | 98,9 | 100 | 0 | 26,5 | 7,1 | 16,2 |
| Quitumbe | 555 | 424.748 | 68,5 | 100 | 0 | 31,9 | 3,3 | 18 |
| Tumbaco | 8 | 188.650 | 24,1 | 0 | 100 | 29,6 | 6 | 17,8 |
| DMQ | 65 | 2.567.934 | 58,4 | 68,8 | 31,3 | 27,5 | 6,4 | 16 |

Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017). Análisis situacional integral de salud del Distrito de Salud 17D07. Quito. MIESS y MSP.

Según la Secretaría Metropolitana de Salud del Municipio DMQ, las parroquias urbanas con los peores resultados sanitarios en relación a once indicadores de salud analizados, son: Cotocollao, Centro Histórico, Chillogallo, Ñaquito, Con respecto a la Administración zonal Quitumbe la parroquia Chillogallo estaría inmersa en este análisis. A decir de este organismo el índice de resultados de los determinantes sociales (agrupados en tres dominios: entorno físico e infraestructura, desarrollo social y humano y gobernanza), reflejó las parroquias urbanas con los peores resultados, siendo estas: Guamaní, Turubamba, Chillogallo y La Ecuatoriana. (Ministerio de Salud Pública 2017,19). Ver figura 3

Si bien el DMQ, tiene una alta presencia de empresas multinacionales y nacionales exitosas, existe una concentración de las ventas en la gran empresa, quedando las microempresas y las de la economía popular, relegadas de los encadenamientos productivos, esto ha generado que las condiciones de acceso a factores productivos todavía se realicen en forma inequitativa, lo cual ha marginado a ciertos grupos socioeconómicos, privándolos de acceso a mejoras en su calidad de vida. (Municipio del Distrito Metropolitano de Quito 2013,37).

Figura 3.
Desigualdades en los resultados sanitarios



Fuente: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2017).

Interpretación: Celdas de colores cuatro cuantiles de distribución, en donde el cuarto cuantil tiene los peores resultados (rojo) y el primer cuantil los mejores resultados (verde)

Según Ministerio de Salud Pública (2017, 13) en su diagnóstico económico del DMQ señala que las principales actividades que generan empleo sin dependencia en las administraciones zonales son: el comercio al por menor, la enseñanza, el servicio de alimento y bebida, la elaboración de productos alimenticios.

Tabla 7.
Principales actividades de las AZ

| AZ Tumbaco | AZ Quitumbe | AZ Manuela Sáenz | AZ Los Chillos | AZ La Delicia | AZ Eugenio Espejo | AZ Eloy Alfaro | AZ Calderón |
|------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| 20% Comercio al por menor | 28% Comercio al por menor | 26% Administración pública y defensa | 22% Comercio al por menor | 18% Comercio al por menor | 11% Comercio al por menor | 28% Comercio al por menor | 21% Comercio al por menor |
| 14% Enseñanza | 8% Enseñanza | 22% Comercio al por menor | 20% Enseñanza | 8% Enseñanza | 8% Enseñanza | 13% Enseñanza | 10% Servicio de alimento y bebida |
| 10% Servicio de alimento y bebida | 7% Elaboración de productos alimenticios | 10% Enseñanza | 7% Servicio de alimento y bebida | 7% Comercio al por mayor | 7% Administración pública y defensa | 8% Servicio de alimento y bebida | 10% Enseñanza |
| 7% Elaboración de productos alimenticios | 7% Servicio de alimento y bebida | 7% Servicio de alimento y bebida | 4% Atención a la salud humana | 7% Fabricación de prendas de vestir | 6% Servicio de alimento y bebida | 6% Atención a la salud humana | 6% Fabricación de textiles |

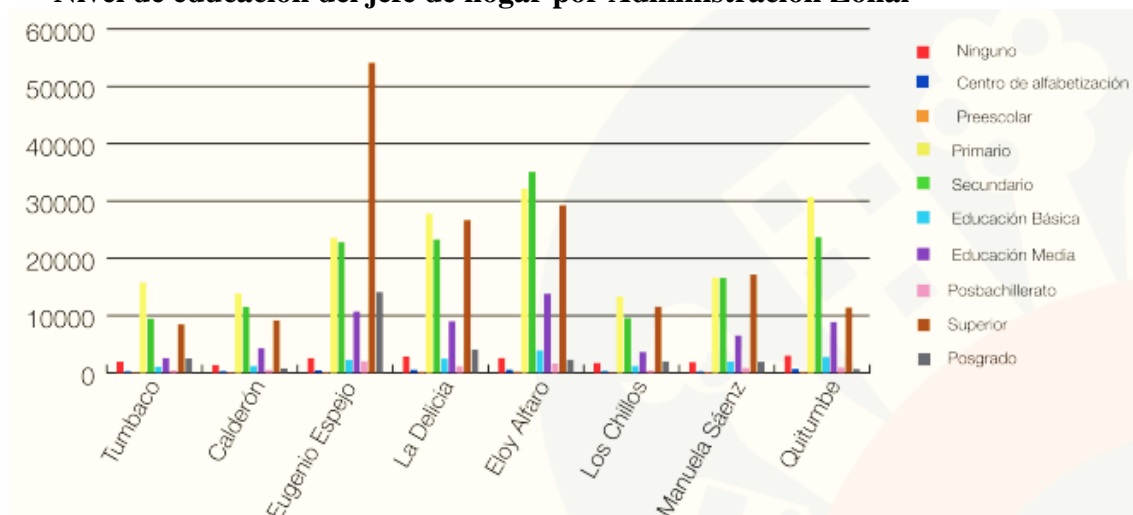
Fuente: Ministerio de Salud Pública (2017)

Complementario a esta información, las transformaciones sociales de las últimas décadas en cuanto a la estructura familiar, han indicado en el DMQ varios cambios en las maneras de conformar el núcleo familiar, mientras en Quito el 20% de personas declaran vivir en unión de hecho, a nivel nacional este porcentaje alcanza solo el 13%. La tipología de la familia va cambiando en Quito con respecto a los datos del 2001; los hogares constituidos por una sola persona se han incrementado del 11% al 14%; mientras el hogar nuclear completo (mamá, papá e hijos) ha descendido en dos puntos (de un 44% a un 42%); y el hogar monoparental (padre e hijos o madre e hijos) se ha incrementado un punto porcentual en estos 10 años. Afirmando que el DMQ ya no es como era antes, dando lugar a que la unión de hecho sea cada vez más común, las mujeres trabajen y sean jefas de su hogar. (Instituto de la Ciudad 2017, 12)

Sumado a esto el Instituto de la Ciudad indica que existe una clara concentración de escolaridad de nivel superior en la Administración Zonal Eugenio Espejo, mientras que en las otras administraciones zonales, el porcentaje de jefes de hogar con educación superior es evidentemente más bajo, como el caso de la AZ Quitumbe, en donde el nivel de escolaridad predominante del jefe de hogar es el primario. (Instituto de la Ciudad 2017, 13)

Gráfico 1.

Nivel de educación del jefe de hogar por Administración Zonal



Fuente: Instituto de la Ciudad, 2017

Adentrándose en el entorno de la participación social, las organizaciones y redes de la sociedad civil perteneciente al DMQ tienen una historia, y aunque en los últimos

años se han debilitado, existen y tienen iniciativas, sin embargo las críticas a los procesos de participación social institucionalizada como el direccionamiento mal intencionado y la burocratización, de alguna manera controladas, censuradas y hasta criminalizadas por intereses políticos no han permitido su desarrollo en las parroquias urbanas. (Torres 2016, 64)

La pérdida de vínculos y relaciones comunitarias, barriales, parroquiales; el poco apoyo para las iniciativas de organización de la sociedad; la poca valoración del papel de la ciudadanía en el sostenimiento y fortalecimiento de las políticas distritales, han propiciado la falta de integración social. (Torres 2018, 172)

La dinámica actual de las grandes ciudades como el DMQ han provocado la necesidad de desarrollar cambios profundos en la arquitectura y su gestión, llevando a tener una alcaldía presente y valorada, pero sus procesos de gestión y decisión no están todavía cercanos a la ciudadanía, haciendo evidente la falta de un gobierno de cercanía que no solo dependa de la infraestructura y dotación de servicios cercanos con los actores sociales, sino también de su relación con la ciudadanía que la vincule con la toma de decisiones, procesos de consulta y mecanismos de participación ligados a todos los momentos de la política pública local (diseño, implementación y seguimiento). (Torres 2018, 180)

En este contexto el rol de las instancias rurales y de las administraciones zonales, son de gran importancia, ya que estas entidades son las que deben aportar con políticas sociales más acertadas con mayor impacto, que supere la visión aislada, sectorial, asistencial y de corto plazo que se aplica actualmente en la gestión zonal del DMQ, con el objetivo de sobrellevar el camino hacia el desarrollo humano sostenible y el Buen Vivir.

Exponiendo desde la perspectiva económica, el DMQ es una ciudad joven, la mitad de sus ciudadanos son menores de 29 años, y es esta población quien tiene mayor acceso a la educación. La educación básica casi se ha universalizado y el bachillerato ha sido el nivel educativo que más ha ampliado su cobertura en los últimos años. Sin embargo, 4 de cada 5 desempleados en el Ecuador es joven; la mitad de la población quiteña mayor de 18 años no ha culminado el bachillerato y apenas 2 de cada 10 jóvenes en la provincia ha alcanzado un título universitario. (Instituto de la Ciudad 2017, 3)

Según datos del Ministerio de Educación, entre los años lectivos 2009-2010 y 2011-2012, el porcentaje de abandono del sistema se ha incrementado levemente; esto

significa que cada año alrededor de 18.000 niños, niñas y adolescentes quiteños abandonan el sistema educativo. (Instituto de la Ciudad 2017, 7)

Bajo este horizonte la inequidad en la distribución de recursos o el enfrentamiento de sus problemáticas particulares entre los territorios denota aún tareas pendientes. Por un lado el DMQ es próspero, pero por otro lado es concentrador de riqueza; por ejemplo, el 89% de establecimientos que venden apenas el 2,3% del total en el DMQ, corresponde a microempresas que concentran el 36% del empleo; mientras que, el 1% de los establecimientos corresponde a la gran empresa donde se concentra el 88,2% de las ventas y registran el 32% de las personas ocupadas. (Instituto de la Ciudad 2017, 9)

El Instituto de la Ciudad (2014, 9), en su estudio Conociendo Quito: Estadísticas del Distrito Metropolitano de Quito, expuso la presencia de desigualdades sistemáticas, injustas y evitables entre grupos poblacionales, expresadas en la segregación. Para entender estas desigualdades, este organismo público advierte que las brechas de calidad de vida son más visibles entre barrios informales asentados en zonas urbanas y rurales, existiendo zonas que concentran riqueza económica, servicios y equipamientos versus otras en condiciones físicas, sociales, económicas y ambientales deficitarias; situación que cada vez aumenta en zonas como la AZQ.

Santillán (2015, 261), docente e investigador de Flacso, en una investigación sobre los imaginarios en torno a la segregación espacial en Quito, muestra la persistencia histórica de una representación dual de la ciudad de Quito, segmentada en un norte asociado con la modernidad con privilegios sociales y un sur asociado con lo popular, la pobreza, en general, la subalternidad.

En la actualidad el tema urbano se encuentra en una nueva etapa; por un lado, la segregación residencial ha dejado de ser el centro de atención de las investigaciones sobre la ciudad, pues el debate académico se ha centrado más en los temas de gobernanza y desarrollo sustentable y, por otro, las clases populares han pasado de la lucha por el suelo a la lucha por un espacio en la economía; haciendo evidente el cambio de la ciudad no gobernada de los noventa a la ciudad-condominio que se consolida en esta década con la dolarización que afirma el patrón de crecimiento disperso de la ciudad.

Los Centros de Desarrollo Infantil inmersos en el presente estudio se sitúan en el distrito 17D07 de salud que pertenece a la Coordinación Zonal 9 del Distrito Metropolitano de Quito, que actualmente se conoce como la Administración Zonal

Quitumbe, que se sitúa en el sur del DMQ, limitada al norte y al oeste con el distrito 17D06 Chilibulo a Lloa, al este con el distrito 17D08 Conocoto a La Merced y al sur con el cantón Mejía. Este distrito está conformado por las parroquias de Guamaní, Chillogallo, Turubamba, Quitumbe, La Ecuatoriana, distribuidas en 6 circuitos: 17D07C01, 17D07C02, 17D07C03, 17D07C04, 17D07C05 Y 17D07C06 (EC Ministerio de Salud Pública 2017, 7).

Concretamente para la AZQ el Ministerio de Salud Pública (2017, 8) expone datos sobre población, comunidad, servicios del barrio, acceso a transporte, recursos económicos, entre otros. Con base en esos datos fue posible construir un índice para este estudio, el cual logró identificar el nivel de vulnerabilidad de los barrios de Quitumbe, que en su mayoría pueden ser categorizados como de vulnerabilidad media, considerando los problemas de delincuencia, alcoholismo, inseguridad, agua insalubre, violencia intrafamiliar y vías en mal estado, comunes en los barrios La Ecuatoriana, Martha Bucaram, El Tránsito y Ciudadela Ibarra.

En contraste, el análisis documental realizado en la investigación encontró marcadas diferencia entre las parroquias.

Barrios con grandes diferencias de calidad y cantidad de infraestructura, así como equipamientos requeridos para garantizar un óptimo desarrollo humano. Lugares con espacios de mejor calidad y con la mayor inversión pública, denominados hipercentro, conllevando a que el mayor déficit cuantitativo y cualitativo de espacio público tienda a concentrarse en los barrios social y económicamente más vulnerables. Creciente concentración urbana; la migración desde el interior del país, el crecimiento poblacional y de territorio sin planificación que a futuro podrían dificultar la implementación de políticas y servicios. Barrios con menor calidad de vida que concentran una mayor población del DMQ con los más álgidos problemas sociales: inseguridad, violencia, subempleo y/o desempleo, abandono escolar, falta de transporte, etc. (EC Instituto de la Ciudad 2014, 19).

Estas diferencias, sumadas al crecimiento de la población, demanda de vivienda, aumento del parque automotor y el crecimiento de la densidad urbana, entre otras, han conllevado a la contaminación, la congestión, la sobrepoblación en áreas urbano-marginales, con el aumento de la percepción de delincuencia y un potencial deterioro de la calidad de vida.

En la Administración Zonal Quitumbe, la migración es un factor que incide directamente a la estructura familiar, siendo afectada principalmente la parroquia Quitumbe. Es importante recalcar que los movimientos migratorios principalmente de padres de familia, o jefes de hogar, repercuten en el bienestar de los infantes, ya que se encuentran en proceso de formación. Esta administración zonal abarca

aproximadamente unas 8 900 hectáreas, 483 barrios y 319857 personas, que representa el 14,28% de la ciudad de Quito, según la página del DMQ Datos Abiertos. (INEC, 2011) Sus límites son: al norte: Av. Morán Valverde (limita con el área urbana de la AZ Eloy Alfaro) al sur: Cutuglagua al este, camino del Inca (Parque Metropolitano del Sur) al oeste con las Estribaciones de la Cordillera Occidental.

La formación social de la zona se caracteriza por la homogeneidad, ya que la mayor parte de la población es joven y migrante (procedentes de la sierra central), lo que aporta con la riqueza cultural en sus manifestaciones individuales como colectivas. (Jefatura de Seguridad Ciudadana, 2014). A raíz de la crisis económica de los años 90, se produce la migración de los ciudadanos al exterior y este problema socio económico ha ido generando un impacto social y psicológico en los que se quedan en el país, en especial si son menores de cinco años, ya que es en esta etapa donde necesitan la presencia de los padres. La migración afecta a la estructura familiar severamente ya que primero causa una ruptura física. Los familiares que se quedan a cargo de los infantes y como cabezas de hogar, son los hermanos mayores, que en la mayoría de los casos son adolescentes, o pueden ser los abuelos, esto podría llamarse ruptura emocional debido al abandono.

El tipo de actividades económicas que predominan en la zona son el comercio y la industrial, y es en una de las parroquias de la AZQ donde justamente se encuentra el denominado parque industrial el cual se encuentra en proceso de reubicación fuera del área residencial. Las parroquias de Quitumbe y Gumaní se caracterizan por contar con una alta presencia de industrias y empresas, existen aproximadamente 100 empresas privadas importantes distribuidas a lo largo de la Av. Pedro Vicente Maldonado o panamericana sur sector oriente de la zona desde la parroquia Quitumbe hasta la zona industrial en San Juan de Turubamba.

En otras de las parroquias como es Chillogallo se encuentra la parte histórica y colonial de la AZQ, se cuenta aquí con un museo llamado la casa del mariscal Antonio José de Sucre y aquí también se exhibe en el parque principal el monumento emblemático de Sucre. Cabe mencionar la existencia de haciendas antiguas específicamente en la Ciudadela Ibarra que es uno de los barrio de la parroquia Chillogallo, la misma que fue abandonada hace algunos años y en parte de esta hacienda llamada el Carmen funciona el terminal terrestre actual y se encuentra en construcción la estación sur del metro de Quito.

Los moradores de estas parroquias se dedican como fuentes económicas atender los diferentes negocios como son: tiendas de abarrotes, abastos, bodegas, pequeños restaurantes, salas de belleza, compra de chatarra, cobre, comercio informal, desarrollo de viveros orgánicos jaleas natural de muy buen sabor, familias que se dedican a la agricultura y criadero tanto de gallinas como de cerdos.

En la zona se encuentran recursos naturales, especialmente agua, ojos de agua, fuentes freáticas, chorreras, franjas de protección ecológica. Además hay la presencia de casas y lugares de patrimonio como las casas de hacienda, camino del inca. El clima en la zona encontramos por la altitud dos tipos de clima: semihúmedo y húmedo. Existen 22 quebradas las cuales las que han generado problemas en la zona: Uptupungo, Cornejo, Tilicucho, Monjas, Ortega, Río 38 Grande, Calicanto, Capulí, Machángara y Caupicho. (Jefatura de Seguridad Ciudadana, 2014).

La AZQ con sus 5 parroquias cuenta con 18 unidades operativas o centros de salud de primer nivel es decir que atienden necesidades básicas de la población en cuanto a la salud de la población que pertenecen al distrito 17D07 del Ministerio de Salud Pública. En el territorio de la AZQ se encuentra también la Maternidad Luz Elena Arizmendi o Maternidad Nueva Aurora misma que da cobertura a todo el sur de Quito, como olvidar mencionar el Hospital privado Un Canto a la Vida o llamado hospital Padre Carolo quien atiende a pacientes en un nivel de complejidad más alto pues se trata de un hospital general.

Un gran ejemplo de centralidad urbana es el desarrollo de la parroquia Quitumbe, que en los últimos años se ha convertido en un eje de desarrollo de la ciudad de Quito, por lo cual constituye una zona de implementación y desarrollo de nuevos equipamientos y servicios para lograr abastecer a la población. Quitumbe cuenta con una franja de equipamiento con el fin de lograr abastecer las necesidades de la población; como ejemplo tenemos el Terminal Terrestre, Parque Las Cuadras y Fundeporte. Seguido por los equipamientos de educación que a su vez son de gran importancia, se encuentra la Unidad Educativa Municipal Experimental Quitumbe, la Universidad Politécnica Salesiana y el Centro Católico de Educación Básica Rafael Bucheli. De igual manera consta con equipamientos de carácter comercial como el Centro Comercial Quicentro Sur; existe a su vez la Administración Zonal Quitumbe y en la actualidad la Plataforma Gubernamental de Gestión Social. Además el sector cuenta con la Plaza Quitumbe y hoy en día se conoce el proyecto de un Centro Cultural.

La organización barrial de la población de la AZQ es muy complicada por los múltiples problemas y necesidades de los barrios, por la gran cantidad de barrios pequeños, por los problemas en muchas cooperativas de vivienda, en donde además se han constituido comités barriales, barrios que tienen dos directivas, lo cual fracciona al barrio. Existe también gran cantidad de barrios que han sido estafados por constructoras y lotizadores aparecidos. Es así que se crea la necesidad de formar un Comité Barrial Único que es la instancia última para mejorar las redes de trabajo y comunicación con las autoridades de la Administración Zonal; Sin embargo existen otras organizaciones y son: comités barriales, comités promejoras, cooperativas, entre otros; estos comités son electos por votación popular en cada barrio, aquí los representantes trabajan y rinden cuentas, pero en algunos casos no todos participan.

Las actividades económicas de la Administración Zonal Quitumbe se divide de la siguiente manera: el mayor porcentaje de población se dedica al comercio al por mayor y menor, seguido de personas que laboran en la industria manufacturera y también en la construcción; seguidos por otros de servicios, alojamiento y comidas, lo más característico de estos establecimientos es que son microempresas.

En cuanto a las principales categorías ocupacionales, las que más se destacan son las de empleados u obreros privados y públicos, también se cuenta con los trabajadores por cuenta propia. Cabe mencionar también hay jornaleros, empleadas domésticas, trabajadores no remunerados, patrones y socios, que tienen un menor porcentaje de personas en cada uno de sus grupos pero no por ello dejan de ser importantes.

En los grupos ocupacionales que presenta la parroquia Quitumbe, se conoce que predominan los trabajadores de servicios y vendedores además se encuentran los oficiales, operarios y artesanos. Por último los grupos con menor porcentaje de personas ocupadas son directores y gerentes, técnicos y profesionales del nivel medio, agricultores y trabajadores calificados y ocupaciones militares.

2. Modos de vida de las familias de los niños y niñas que asisten a los CDI del Mies en la Administración Zonal de Quitumbe.

Tomando lo expuesto por el doctor Jaime Breilh, en los barrios concretos desarrollan su reproducción social distintas clases sociales, cruzadas por características y relaciones étnicas y por relaciones de poder de género, en la interface de estas relaciones, orientadas por intereses y posibilidades de clase, se estructuran modos de

vida colectivos, característicos, que delimitan las potencialidades económicas, políticas y culturales. En este contexto los modos de vivir grupales se forjan por formas de vivir, elementos y tendencias malsanas, así como procesos saludables y protectores; en otras palabras, se generan de un movimiento contradictorio de procesos destructivos y procesos protectores que en última instancia, condicionan el desarrollo en los fenotipos y genotipos de las personas. (Breilh, 2010b, 100)

En este contexto las condiciones en que se desenvuelven los niños y niñas con sus familias insertadas en los CDI del Mies en la Administración zonal Quitumbe posee una trayectoria histórica que comienza en el año 2012 donde se declaró en el Ecuador el desarrollo infantil como una política pública prioritaria y obligatoria. Un año después se inauguró en Quito, en el sector de Chilibulo, el primer Centro Integral del Bue Vivir emblemático para la capital de la república al que le siguieron 17 centros infantiles municipales, hasta culminar con 117 centros de desarrollo infantil en todo el DMQ, que brindan atención a más de 7900 niños y niñas de 1 a 5 años (EC Fundación Patronato San José 2017, 3).

Por otro lado la población objetivo de los CDI son niños y niñas de 12 a 36 meses de edad; que pertenecen a grupos vulnerable en condición de pobreza, desnutrición o sujetos a múltiples vulnerabilidades, hijas e hijos de madres adolescentes que no cuentan con un adulto que se encargue de su desarrollo integral. Priorizando hogares monoparentales, madres que trabajan o buscan trabajo, madres adolescentes que estudian o buscan trabajo por primera vez, niños y niñas expuestos a doble vulnerabilidad (EC Dirección Nacional de Servicios de Centros Infantiles 2013, 5).

El número de niños y niñas atendidos por CDI depende de la demanda y cobertura de la localidad, la priorización y disponibilidad económica, el espacio físico exterior e interior del local, a más de la disponibilidad y estado general de los servicios básicos. La demanda varía entre 40 y 100 niños y niñas atendidos por CDI. Su cobertura abarca el 72 % de niños y niñas en situación de pobreza y extrema pobreza.

Los CDI son gestionados de manera directa por el MIES o por convenios con los gobiernos autónomos descentralizados, también con las organizaciones de la sociedad civil (OSC), con recursos del Estado y contraparte de las organizaciones cooperantes. Priorizan la atención a la población infantil cuyas familias se encuentran en condición de pobreza y en situación de vulnerabilidad. La salud bucal, por su parte, es considerada dentro de las acciones de la salud preventiva, encontrándose en la formación de hábitos de higiene personal y general cuyo esquema se presenta en la siguiente figura.

Figura 4.
Componente de salud preventiva



Fuente: Dirección Nacional de Servicios de Centros Infantiles (2013, 18)
Elaboración: MIES

Los CDI han permitido mejorar las oportunidades de las familias quiteñas en zonas urbanas y rurales con infraestructura de calidad, educadoras profesionales, y han fomentado la alimentación para combatir la desnutrición en Quito, que afecta a más del 25 % de niños y niñas menores de cinco años (EC Fundación Patronato San José 2017, 4). Sin embargo, persisten problemas de diverso tipo como describe Araujo, et al. (2015, 38) en relación con el incumplimiento de las características básicas que debe cumplir un CDI como infraestructura, ubicación y seguridad, destacando, en la gestión, la cooperación económica de los padres por no contar con liquidez para gastos elementales de mantenimiento y materiales.

Las entrevistas a coordinadoras de los CDI, mediante el guion de entrevistas que se muestra en el anexo 2, revelaron que trabajan con capacidad resolutive limitada, conforme las siguientes expresiones de coordinadoras y educadoras que manifestaron: “normalmente la asignación de recursos a los centros es por cobertura con base en datos que son desactualizados que se ejecutan de manera desconcentrada en el distrito y con participación del MSP, MIES” (Coordinadora 1 2018, entrevista personal). “El MIES tomó toda la responsabilidad, sí mejoró muchísimo respecto a pago de alimentación, pago a las educadoras y esas cosas sí mejoró muchísimo, pero igual a veces se tiene desfase en pagos” (Coordinadora 2 2018, entrevista personal). “Los recursos a los centros están basados en gastos históricos y capacidad de gasto, con base en características del sector que se hacen de manera desconcentrada en el distrito y con

participación del MSP, MIES que no reflejan la realidad” (Coordinadora 3 2018, entrevista personal). “Afortunadamente tenemos a disposición el sistema de capacitaciones para los familiares, coordinadoras y educadoras porque si no sería imposible cubrir estas capacitaciones por gestión propia del centro infantil” (Coordinadora 4 2018, entrevista personal).

2.1 Modos de vida característicos de la población de estudio

Para este apartado, se procedió a identificar las diferentes variables que podrían estar relacionadas con modos de vida característicos. En este ejercicio fueron revisados, de manera específica el Bloque modos de vida de la encuesta (Anexo 1), dentro de este proceso se identificaron variables relacionadas con las dimensiones mencionadas.

El análisis realizado identificó 6 combinaciones de modos de vida, que existían y compartían modos de vivir similares. Los modos de vida identificados fueron:

Modo de vida 1: Es aquel donde existe una baja autonomía en el manejo del tiempo para realizar las actividades de cuidado bucal, tanto en la jornada diaria, como al finalizar la misma. El consumo de elementos de higiene bucal se concentra en el uso del cepillo, y agua, así como el consumo de servicio odontológico en el CDI, MSP. Conocen, opinan participan escasamente en organizaciones para el beneficio del grupo familiar en la salud bucal conllevan con cierta dificultad la condición bucal del niño, además de vivir en condiciones de hacinamiento como sin él, disponer de casi todos los servicios básicos (agua, luz, alcantarillado, internet, telefonía fija y móvil).

Modo de vida 2: Es aquel donde existe una alta autonomía en el manejo del tiempo para realizar las actividades de cuidado bucal, tanto en la jornada diaria, como al finalizar la misma. El consumo de elementos de higiene bucal se concentra en el uso del cepillo, y pasta dental, así como el consumo de servicio odontológico en el CDI, MSP y consultorio privado. Conocen, opinan participan escasamente en organizaciones para el beneficio del grupo familiar en la salud bucal conllevan con cierta dificultad la condición bucal del niño, además de vivir en condiciones de hacinamiento como sin él y disponer de todos los servicios básicos (agua, luz, alcantarillado, internet, telefonía fija y móvil).

Modo de vida 3: Es aquel donde existe una alta autonomía en el manejo del tiempo para realizar las actividades de cuidado bucal, tanto en la jornada diaria, como al finalizar la misma. El consumo de elementos de higiene bucal se concentra en el uso del

cepillo, y pasta dental, así como el consumo de servicio odontológico en el CDI, MSP y consultorio privado. Conocen, opinan participan escasamente en organizaciones para el beneficio del grupo familiar en la salud bucal conllevan con cierta dificultad la condición bucal del niño, además de vivir en condiciones de hacinamiento como sin él y carecer de algún servicio básico (Principalmente, recolección de basura, alcantarillado, internet o telefonía fija).

Modo de vida 4: Es aquel donde existe una baja autonomía en el manejo del tiempo para realizar las actividades de cuidado bucal, tanto en la jornada diaria, como al finalizar la misma. El consumo de elementos de higiene bucal se concentra en el uso del cepillo, y pasta dental, así como el consumo de servicio odontológico en el CDI, MSP y consultorio privado. Conocen, opinan participan escasamente en organizaciones para el beneficio del grupo familiar en la salud bucal conllevan con cierta dificultad la condición bucal del niño, además de vivir en condiciones de hacinamiento como sin él y disponer de todos los servicios básicos (agua, luz, alcantarillado, internet, telefonía fija y móvil).

Modo de vida 5: Es aquel donde existe una baja autonomía en el manejo del tiempo para realizar las actividades de cuidado bucal, tanto en la jornada diaria, como al finalizar la misma. El consumo de elementos de higiene bucal se concentra en el uso del cepillo, y pasta dental, así como el consumo de servicio odontológico en el CDI, MSP. Conocen, opinan participan escasamente en organizaciones para el beneficio del grupo familiar en la salud bucal conllevan con cierta dificultad la condición bucal del niño, además de vivir en condiciones de hacinamiento como sin él y carecer de algún servicio básico (Principalmente, recolección de basura, alcantarillado, internet o telefonía fija).

Modo de vida 6: Es aquel donde existe una baja autonomía en el manejo del tiempo para realizar las actividades de cuidado bucal, tanto en la jornada diaria, como al finalizar la misma. El consumo de elementos de higiene bucal se concentra en el uso del cepillo, pasta dental y gasa, así como el consumo de servicio odontológico en el CDI, MSP. Conocen, opinan participan escasamente en organizaciones para el beneficio del grupo familiar en la salud bucal conllevan con cierta dificultad la condición bucal del niño, además de vivir en condiciones de hacinamiento como sin él, disponen de casi todos los servicios básicos (agua, luz, alcantarillado, internet, telefonía fija y móvil).

2.2 Indicadores de modos de vida según vulnerabilidad del barrio

Retomando lo que menciona Breilh y Zamora (2016, 6) acerca de la vulnerabilidad que es la característica de un grupo de personas para anticipar, sobrevivir, resistir y recuperarse al impacto de una amenaza, que está relacionada a las características del espacio urbano o rural, las condiciones de la vivienda, las vías de comunicación, los recursos de afrontamiento y características bajo las que habitan. Y la mecánica que se estableció para determinar el nivel de vulnerabilidad indicado en el capítulo 2. El estudio develó lo siguiente:

Los niños y niñas que viven en barrios de vulnerabilidad media acuden a los Centros Démonos la Mano Amigos (32,9 %), Orquídeas (17,6 %) y Claudia Beltrán. Si bien el 87,2 % de familias se autoidentifican como mestizas, es notoria la diferencia en la presencia de familias indígenas y afroecuatorianas por tipo de vulnerabilidad del barrio. En efecto, los barrios con vulnerabilidad mediana concentran proporciones mucho más altas de niños y niñas indígenas y afroecuatorianos (15,3 % en conjunto) que los barrios con baja vulnerabilidad (4,4 %). Datos que se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 8.
Información general del niño/a

| Información general del niño/a y de la persona encuestada | | Vulnerabilidad del barrio | | | | | |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|-------------|-------|-------|-------|-------|
| | | Bajo | | Medio | | Total | |
| | | N | % | n | % | n | % |
| Centro de Desarrollo Infantil | Capullitos de Ternura | 15 | 7,4 | 5 | 5,9 | 20 | 6,9 |
| | Claudia Beltrán | 14 | 6,9 | 11 | 12,9 | 25 | 8,7 |
| | Démonos la Mano Amigos | 52 | 25,5 | 28 | 32,9 | 80 | 27,7 |
| | Estrellitas del Sur la Estancia | 16 | 7,8 | 4 | 4,7 | 20 | 6,9 |
| | Estrellitas Futuras del Sur | 30 | 14,7 | 5 | 5,9 | 35 | 12,1 |
| | María Auxiliadora | 15 | 7,4 | 5 | 5,9 | 20 | 6,9 |
| | Mis Primeros Pasos | 22 | 10,8 | 6 | 7,1 | 28 | 9,7 |
| | Orquídeas | 21 | 10,3 | 15 | 17,6 | 36 | 12,5 |
| | Santa Cruz | 19 | 9,3 | 6 | 7,1 | 25 | 8,7 |
| Sexo del niño o niña | Hombre | 105 | 51,5 | 50 | 58,8 | 155 | 53,6 |
| | Mujer | 99 | 48,5 | 35 | 41,2 | 134 | 46,4 |
| | Total | 204 | 100,0 | 85 | 100,0 | 289 | 100,0 |
| Rango de edad en meses | 12 a 24 meses | 61 | 29,9 | 29 | 34,1 | 90 | 31,1 |
| | 25 a 36 meses | 118 | 57,8 | 40 | 47,1 | 158 | 54,7 |
| | Más de 36 meses | 25 | 12,3 | 16 | 18,8 | 41 | 14,2 |
| Autoidentificación | Indígena | 3 | 1,5 | 7 | 8,2 | 10 | 3,5 |

| | | | | | | | |
|----------|--------------------|-----|-------|----|-------|-----|-------|
| étnica** | Afro ecuatoriano/a | 6 | 2,9 | 6 | 7,1 | 12 | 4,2 |
| | Montubio/a | 4 | 2,0 | 1 | 1,2 | 5 | 1,7 |
| | Mestizo/a | 184 | 90,2 | 68 | 80,0 | 252 | 87,2 |
| | Blanco/a | 7 | 3,4 | 3 | 3,5 | 10 | 3,5 |
| | Total | 204 | 100,0 | 85 | 100,0 | 289 | 100,0 |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

** p< 0,01; Chi2 de independencia de proporciones

Los niños y niñas que viven en barrios de vulnerabilidad baja habitan en El Tránsito (68 %) Ciudadela Ibarra (17,6 %), Martha Bucaram (13,7 %), mientras que los niños y niñas que viven en barrios de vulnerabilidad media habitan en La Ecuatoriana (29,4 %). Hay mayor proporción de familias en viviendas arrendadas en los barrios de media vulnerabilidad. El 48,2 % de hacinamiento se evidencia en viviendas de barrios con mayor vulnerabilidad. Información que se indica en la tabla 6.

Tabla 9
Indicadores de la vivienda

| Indicadores de la vivienda | | Vulnerabilidad del barrio | | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | Bajo | | Medio | | Total | |
| | | N | % | n | % | n | % |
| Barrio de residencia** | La Ecuatoriana | 0 | 0,0 | 85 | 100,0 | 85 | 29,4 |
| | El Tránsito | 140 | 68,6 | 0 | 0,0 | 140 | 48,4 |
| | Ciudadela Ibarra | 36 | 17,6 | 0 | 0,0 | 36 | 12,5 |
| | Martha Bucaram | 28 | 13,7 | 0 | 0,0 | 28 | 9,7 |
| Propiedad de vivienda ** | Propia | 44 | 21,6 | 20 | 23,5 | 64 | 22,1 |
| | Prestada | 25 | 12,3 | 21 | 24,7 | 46 | 15,9 |
| | Arrendada | 135 | 66,2 | 44 | 51,8 | 179 | 61,9 |
| Tipo de vivienda | Casa | 47 | 23,0 | 20 | 23,5 | 67 | 23,2 |
| | Mediagua | 28 | 13,7 | 17 | 20,0 | 45 | 15,6 |
| | Departamento | 113 | 55,4 | 41 | 48,2 | 154 | 53,3 |
| | Cuarto de inquilinato (piezas) | 16 | 7,8 | 7 | 8,2 | 23 | 8,0 |
| | Total | 204 | 100,0 | 85 | 100,0 | 289 | 100,0 |
| Existencia de hacinamiento** | | 72 | 35,3 | 41 | 48,2 | 113 | 39,1 |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

** p< 0,01; Chi2 de independencia de proporciones

También se observan mayores tasas de disponibilidad de servicios básicos en los barrios de mejores condiciones (baja vulnerabilidad) que en los de menores condiciones

(vulnerabilidad media). Una baja disponibilidad de comunicación telefónica se observa en barrios de peores condiciones con respecto a los demás servicios básicos en barrios de similar condición. Datos que se corroboran en la siguiente tabla.

Tabla 10
Disponibilidad de servicios básicos

| Indicadores de la vivienda | | Vulnerabilidad del barrio | | | | | |
|-------------------------------------------|----|---------------------------|---------------|-------|--------------|-------|---------------|
| | | Bajo | | Medio | | Total | |
| | | N | % sobre n=204 | n | % sobre n=85 | n | % sobre n=289 |
| Disponibilidad de energía eléctrica | Sí | 201 | 98,5 | 84 | 98,8 | 285 | 98,6 |
| Disponibilidad de alcantarillado | Sí | 176 | 86,3 | 73 | 85,9 | 249 | 86,2 |
| Disponibilidad de agua potable | Sí | 200 | 98 | 83 | 97,6 | 283 | 97,9 |
| Disponibilidad de recolección de basura | Sí | 176 | 86,3 | 68 | 80 | 244 | 84,4 |
| Disponibilidad de comunicación telefónica | Sí | 112 | 54,9 | 40 | 47,1 | 152 | 52,6 |
| Disponibilidad de acceso a internet | Sí | 137 | 67,2 | 56 | 65,9 | 193 | 66,8 |
| Disponibilidad de telefonía móvil | Sí | 177 | 86,8 | 70 | 82,4 | 247 | 85,5 |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)
Elaboración propia

Existe una mayor proporción de familias nucleares en los barrios de peores condiciones (vulnerabilidad media) frente a 57,4 % de familias en barrios de vulnerabilidad baja. Se destaca que un 13 % de niños y niñas pertenecen a familias monoparentales. Hay mayor proporción de madres que duermen con sus niños y niñas tanto en barrios de baja y media vulnerabilidad, sin embargo, una considerable proporción (36 %) de madres que descansan en la noche con sus niños y niñas están en barrios de condiciones deficitarias. Datos que se corroboran en la siguiente tabla.

Tabla 11
Indicadores de la familia

| Indicadores de la familia | | Vulnerabilidad del barrio | | | | | |
|--------------------------------|--------------|---------------------------|------|-------|------|-------|------|
| | | Bajo | | Medio | | Total | |
| | | n | % | n | % | N | % |
| Tipo de familia** | Nuclear | 117 | 57,4 | 52 | 61,2 | 169 | 58,5 |
| | Extendida | 58 | 28,4 | 24 | 28,2 | 82 | 28,4 |
| | Monoparental | 29 | 14,2 | 9 | 10,6 | 38 | 13,1 |
| Persona que duerme con el niño | Papá | 79 | 38,7 | 23 | 27,1 | 102 | 35,3 |

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------|-----|-------|----|-------|-----|-------|
| o niña** | Mamá | 97 | 47,5 | 36 | 42,4 | 133 | 46,0 |
| | Abuelo(a) | 5 | 2,5 | 6 | 7,1 | 11 | 3,8 |
| | Hermano (a) | 17 | 8,3 | 12 | 14,1 | 29 | 10,0 |
| | Otro familiar | 2 | 1,0 | 2 | 2,4 | 4 | 1,4 |
| | Sólo | 4 | 2,0 | 4 | 4,7 | 8 | 2,8 |
| | Papá y mamá | 0 | 0,0 | 2 | 2,4 | 2 | ,7 |
| Posición del niño/a en la familia | 1 | 84 | 53,8 | 38 | 55,1 | 122 | 54,2 |
| | 2 | 72 | 46,2 | 31 | 44,9 | 103 | 45,8 |
| | Total | 156 | 100,0 | 69 | 100,0 | 225 | 100,0 |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Se observa mayor proporción de abuelos y hermanos que cuidan del menor cuando este sale de los CDI en barrios de peores condiciones (vulnerabilidad media) que en barrios de mejores condiciones. Existe un mayor porcentaje de responsables del niño/a (padre y madre) que corresponden al nivel secundario de educación, jóvenes adultos entre 18 a 28 años de edad, en barrios de media y baja vulnerabilidad. Pero hay mayor tasa de universitarios en barrios de baja vulnerabilidad. Datos que se señalan en la tabla 9.

Tabla 12
Soportes familiares

| Soportes familiares | | Vulnerabilidad del barrio | | | | | |
|----------------------------------------------------|------------------|---------------------------|------|-------|------|-------|------|
| | | Bajo | | Medio | | Total | |
| | | N | % | n | % | n | % |
| Cuidador del niño/afuera del CDI | Papá | 32 | 15,7 | 7 | 8,2 | 39 | 13,5 |
| | Mamá | 94 | 46,1 | 42 | 49,4 | 136 | 47,1 |
| | Abuelo(a) | 34 | 16,7 | 16 | 18,8 | 50 | 17,3 |
| | Hermano (a) | 32 | 15,7 | 18 | 21,2 | 50 | 17,3 |
| | Otro familiar | 12 | 5,9 | 2 | 2,4 | 14 | 4,8 |
| Nivel de educación del responsable del niño o niña | Primaria | 20 | 9,8 | 10 | 11,8 | 30 | 10,4 |
| | Secundaria | 137 | 67,2 | 59 | 69,4 | 196 | 67,8 |
| | Universitaria | 44 | 21,6 | 15 | 17,6 | 59 | 20,4 |
| | Ninguna | 3 | 1,5 | 1 | 1,2 | 4 | 1,4 |
| Edad del padre | Menos de 18 años | 9 | 4,4 | 4 | 4,7 | 13 | 4,5 |
| | De 18 a 28 años | 110 | 53,9 | 45 | 52,9 | 155 | 53,6 |
| | De 29 a 39 años | 77 | 37,7 | 33 | 38,8 | 110 | 38,1 |
| | De 40 o más años | 8 | 3,9 | 3 | 3,5 | 11 | 3,8 |

| | | | | | | | |
|------------------|------------------|-----|-------|----|-------|-----|-------|
| Edad de la madre | Menos de 18 años | 16 | 7,8 | 7 | 8,2 | 23 | 8,0 |
| | De 18 a 28 años | 132 | 64,7 | 56 | 65,9 | 188 | 65,1 |
| | De 29 a 39 años | 48 | 23,5 | 20 | 23,5 | 68 | 23,5 |
| | De 40 o más años | 8 | 3,9 | 2 | 2,4 | 10 | 3,5 |
| | Total | 204 | 100,0 | 85 | 100,0 | 289 | 100,0 |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

** p< 0,01; Chi2 de independencia de proporciones

Hay una proporción significativa de familias de clase social media-pobre a quienes les falta algunas veces dinero para la compra de alimentos y ganan 200 a 400 dólares, tanto en barrios de mejores condiciones de vida como en barrios de vulnerabilidad media. Sin embargo, se observan mayores concentraciones de clases sociales como pequeño productor artesano, pequeño productor, subasalariado en barrios con peores condiciones de vulnerabilidad que en barrios mejores condiciones. Según se observa en la tabla 10.

Tabla 13
Indicadores de modos de vida

| Indicadores de modos de vida | | Vulnerabilidad del barrio | | | | | |
|---------------------------------------------|----------------------|---------------------------|------|-------|------|-------|------|
| | | Bajo | | Medio | | Total | |
| | | n=204 | % | n=85 | % | n=289 | % |
| Principal responsable económico | Papá | 128 | 62,7 | 49 | 57,6 | 177 | 61,2 |
| | Mamá | 60 | 29,4 | 26 | 30,6 | 86 | 29,8 |
| | Abuelo(a) | 13 | 6,4 | 8 | 9,4 | 21 | 7,3 |
| | Hermano(a) | 2 | 1,0 | 1 | 1,2 | 3 | 1,0 |
| | Otro familiar | 1 | ,5 | 1 | 1,2 | 2 | ,7 |
| Ingresos mensuales del hogar | Menos de 200 dólares | 50 | 24,5 | 25 | 29,4 | 75 | 26,0 |
| | De 201 a 400 dólares | 117 | 57,4 | 48 | 56,5 | 165 | 57,1 |
| | Más de 400 dólares | 37 | 18,1 | 12 | 14,1 | 49 | 17,0 |
| Falta de dinero para la compra de alimentos | Siempre | 11 | 5,4 | 8 | 9,4 | 19 | 6,6 |
| | Casi siempre | 59 | 28,9 | 24 | 28,2 | 83 | 28,7 |
| | Algunas veces | 73 | 35,8 | 24 | 28,2 | 97 | 33,6 |
| | Muy pocas veces | 34 | 16,7 | 21 | 24,7 | 55 | 19,0 |
| | Nunca | 27 | 13,2 | 8 | 9,4 | 35 | 12,1 |

| Clase social | | | | | | | |
|--------------|----------------------------|-----|------|----|------|-----|------|
| | Capa media pobre | 107 | 52,5 | 40 | 47,1 | 147 | 50,9 |
| | Pequeño productor artesano | 9 | 4,4 | 7 | 8,2 | 16 | 5,5 |
| | Pequeño productor | 15 | 7,4 | 10 | 11,8 | 25 | 8,7 |
| | Comerciante | | | | | | |
| | Obreros | 20 | 9,8 | 6 | 7,1 | 26 | 9,0 |
| | Subasalariado | 40 | 19,6 | 19 | 22,4 | 59 | 20,4 |
| | Desempleados | 10 | 4,9 | 3 | 3,5 | 13 | 4,5 |
| | Jubilado | 3 | 1,5 | 0 | 0,0 | 3 | 1,0 |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)
Elaboración propia

Respecto de la inserción social, existe una fuerte proporción de responsables económicos quienes tienen principalmente empleo en empresas particulares o públicas, tanto en barrios de baja como de media vulnerabilidad. Sin embargo, en los barrios de vulnerabilidad media hay mayor concentración de capas de actividades menos formales (artesanos, comercio, subasalariado, empleada doméstica, trabajadora familiar sin remuneración fija, ama de casa). Con respecto a la función del responsable económico en su trabajo, la mayoría (76 %) hace el trabajo en cierta medida, 14,7 % hacen y dirigen el trabajo y 3,9% dirigen y organizan el trabajo de otros, tanto en barrios de baja y media vulnerabilidad. La mayoría de familias posee herramientas y maquinaria, muy pocos tienen mercadería y casi nadie posee terrenos. Si bien los medios de producción no superan prevalencias del 20 %, hay patrones diferentes por barrios: herramientas, locales y maquinaria son más frecuentes en vulnerabilidad baja; mercadería y terrenos son más frecuentes en barrios de vulnerabilidad media.

Tabla 14
Inserción social del principal responsable

| | | Vulnerabilidad del barrio | | | | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------|------|-------|------|-------|------|
| | | Bajo | | Medio | | Total | |
| Inserción social del principal responsable económico | | n=204 | % | n=85 | % | n=289 | % |
| Grupo ocupacional del responsable económico | Empleado de empresa particular no titulado | 79 | 38,7 | 27 | 31,8 | 106 | 36,7 |
| | Empleado público no titulado | 28 | 13,7 | 13 | 15,3 | 41 | 14,2 |
| | Artesano | 9 | 4,4 | 7 | 8,2 | 16 | 5,5 |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----|------|----|------|-----|------|
| | Comerciante propietario de pequeño negocio | 15 | 7,4 | 10 | 11,8 | 25 | 8,7 |
| | Obrero o trabajador manual de empresa no Propia | 20 | 9,8 | 6 | 7,1 | 26 | 9,0 |
| | Jornalero o peón | 3 | 1,5 | 3 | 3,5 | 6 | 2,1 |
| | Trabajador por cuenta propia no profesional ni técnico | 26 | 12,7 | 8 | 9,4 | 34 | 11,8 |
| | Empleada doméstica | 7 | 3,4 | 6 | 7,1 | 13 | 4,5 |
| | Trabajadora familiar sin remuneración fija, ama de casa | 4 | 2,0 | 2 | 2,4 | 6 | 2,1 |
| | Jubilado del IESS, ISFA, ISPOL | 3 | 1,5 | 0 | 0,0 | 3 | 1,0 |
| | Ninguna (desempleado/a) | 10 | 4,9 | 3 | 3,5 | 13 | 4,5 |
| Función del responsable económico en su trabajo | Hace el trabajo | 155 | 76,0 | 61 | 71,8 | 216 | 74,7 |
| | Hace y dirige el trabajo | 30 | 14,7 | 20 | 23,5 | 50 | 17,3 |
| | Dirige y organiza el trabajo de otros | 8 | 3,9 | 2 | 2,4 | 10 | 3,5 |
| | No aplica, desempleado | 11 | 5,4 | 2 | 2,4 | 13 | 4,5 |
| Herramientas como medios de producción | Si | 47 | 23,0 | 15 | 17,6 | 62 | 21,5 |
| Locales como medios de producción | Si | 23 | 11,3 | 6 | 7,1 | 29 | 10,0 |
| Máquinas como medios de producción | Si | 36 | 17,6 | 11 | 12,9 | 47 | 16,3 |
| Mercadería e insumos como medios de producción** | Si | 24 | 11,8 | 19 | 22,4 | 43 | 14,9 |
| Terrenos como medios de producción | Si | 11 | 5,4 | 6 | 7,1 | 17 | 5,9 |
| Principal fuente de ingresos | Jornal diario o por semana | 3 | 1,5 | 3 | 3,5 | 6 | 2,1 |
| | Pensión jubilar | 3 | 1,5 | 0 | 0,0 | 3 | 1,0 |
| | Sueldo como empleado del sector privado | 79 | 38,7 | 27 | 31,8 | 106 | 36,7 |
| | Sueldo como empleado del sector público | 28 | 13,7 | 13 | 15,3 | 41 | 14,2 |
| | Sueldo como obrero o trabajado no jornalero | 20 | 9,8 | 6 | 7,1 | 26 | 9,0 |
| | Sueldo como trabajador del campo | 37 | 18,1 | 16 | 18,8 | 53 | 18,3 |
| | Ventas ambulantes | 0 | 0,0 | 1 | 1,2 | 1 | ,3 |

| | | | | | | |
|----------------------------------------------------|----|------|----|------|----|------|
| Vive de lo que vende en el comercio | 6 | 2,9 | 1 | 1,2 | 7 | 2,4 |
| Ganancia del negocio propio (artesano emprendedor) | 24 | 11,8 | 17 | 20,0 | 41 | 14,2 |
| Desempleado/a | 4 | 2,0 | 1 | 1,2 | 5 | 1,7 |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

** p< 0,01; Chi2 de independencia de proporciones

Con respecto al acceso a servicios de salud, la mayoría (45,7 %) de familias acuden a los servicios del MSP seguidos del IESS seguro general (23,5 %) en barrios de baja y media vulnerabilidad, indicando que hay una proporción importante de responsables económicos del hogar que trabajan en relación de dependencia y que utilizan los servicios sociales de la red de salud pública, como se indica en la siguiente tabla.

Tabla 15
Acceso a servicios de salud

| Acceso a servicios de salud | | Vulnerabilidad del barrio | | | | | |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------|------|-------|------|-------|------|
| | | Bajo | | Medio | | Total | |
| | | n=204 | % | n=85 | % | n=289 | % |
| Régimen de salud que acude el responsable del niño o niña | Seguro ISSFA | 1 | ,5 | 1 | 1,2 | 2 | ,7 |
| | Seguro ISSPOL | 3 | 1,5 | 1 | 1,2 | 4 | 1,4 |
| | IESS Seguro general | 46 | 22,5 | 22 | 25,9 | 68 | 23,5 |
| | IESS Seguro voluntario | 12 | 5,9 | 5 | 5,9 | 17 | 5,9 |
| | IESS Seguro campesino | 4 | 2,0 | 1 | 1,2 | 5 | 1,7 |
| | Seguro privado | 1 | ,5 | 3 | 3,5 | 4 | 1,4 |
| | Es Jubilado del IESS/ ISSFA / ISSPOL | 44 | 21,6 | 13 | 15,3 | 57 | 19,7 |
| | MSP | 93 | 45,6 | 39 | 45,9 | 132 | 45,7 |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

En relación con la participación en espacios de organización y decisión, si bien la participación es baja, se observan mayores tasas de asistencia a la liga barrial deportiva, al comité barrial y a la asociación de trabajadores en barrios de mejores condiciones (baja vulnerabilidad) que en los de menores condiciones (vulnerabilidad media). La asistencia a grupos religiosos y culturales se observa en barrios de vulnerabilidad media. Datos que se corroboran en la siguiente tabla.

Tabla 16
Participación en espacios de organización y decisión

| Participación en espacios de organización y decisión | Vulnerabilidad del barrio | | | | | |
|------------------------------------------------------|---------------------------|------|-------|------|-------|------|
| | Bajo | | Medio | | Total | |
| | n=204 | % | n=85 | % | n=289 | % |
| Asistencia a una liga barrial deportiva | 23 | 11,3 | 14 | 16,5 | 37 | 12,8 |
| Asistencia a un comité barrial | 18 | 8,8 | 7 | 8,2 | 25 | 8,7 |
| Asistencia a una asociación de trabajadores | 14 | 6,9 | 6 | 7,1 | 20 | 6,9 |
| Asistencia a una cooperativa | 13 | 6,4 | 6 | 7,1 | 19 | 6,6 |
| Asistencia a un sindicato | 9 | 4,4 | 6 | 7,1 | 15 | 5,2 |
| Asistencia a una asociación de empleados | 8 | 3,9 | 5 | 5,9 | 13 | 4,5 |
| Asistencia a un grupo religioso | 8 | 3,9 | 6 | 7,1 | 14 | 4,8 |
| Asistencia a grupos culturales | 7 | 3,4 | 3 | 3,5 | 10 | 3,5 |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)
Elaboración propia

Por otra parte, el conocimiento del representante sobre salud bucal gira en torno a la existencia de una proporción de familias que comprenden (77,5 %) o conocen (44,6 %) la afectación en la salud general del niño/a por la falta de cuidado bucal, tanto en barrios de baja como de media vulnerabilidad. Sin embargo, se observan mayores tasas de conocimiento y comprensión en barrios de mejores condiciones que en barrios de vulnerabilidad media. Información que se muestra en la siguiente tabla

Tabla 17
Conocimiento del representante sobre salud bucal

| Conocimiento del representante sobre salud bucal | | Vulnerabilidad del barrio | | | | | |
|-------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|------|-------|------|-------|------|
| | | Bajo | | Medio | | Total | |
| | | n=204 | % | n=85 | % | n=289 | % |
| Compresión de las familias acerca de la higiene bucal | No comprenden | 2 | 1,0 | 3 | 3,5 | 5 | 1,7 |
| | Comprenden regularmente | 158 | 77,5 | 63 | 74,1 | 221 | 76,5 |
| | Comprenden bien | 44 | 21,6 | 19 | 22,4 | 63 | 21,8 |
| Nivel del conocimiento de los causales de caries** | Bajo | 120 | 58,8 | 63 | 74,1 | 183 | 63,3 |
| | Medio | 56 | 27,5 | 15 | 17,6 | 71 | 24,6 |
| | Alto | 28 | 13,7 | 7 | 8,2 | 35 | 12,1 |

| | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|------|----|------|-----|------|
| Conocimiento de la afectación en la salud general del infante por la falta de cuidado bucal | Nada | 11 | 5,4 | 8 | 9,4 | 19 | 6,6 |
| | Un poco | 26 | 12,7 | 5 | 5,9 | 31 | 10,7 |
| | Algo | 50 | 24,5 | 19 | 22,4 | 69 | 23,9 |
| | Bastante | 91 | 44,6 | 42 | 49,4 | 133 | 46,0 |
| | Muchísimo | 26 | 12,7 | 11 | 12,9 | 37 | 12,8 |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

3. Dominio individual con los estilos de vida (familias y niños y niñas) que subyacen al proceso salud-caríes dental

Recordando lo que menciona Jaime Breilh, (2010b, 101) en el espacio individual y familiar se construye la vida de las personas que con el tiempo organizan sus propios estilos de vida (libre albedrío individual) en base a características como Itinerario típico personal en la jornada de trabajo, patrón familiar y personal de consumo: alimentación; descanso; vivienda, acceso y calidad de servicios así como la concepciones y valores personales. En este contexto el conjunto, educadoras y familias reflejan en su accionar tener los estereotipos de la geografía de la culpa que atribuyen el problema de la afectación de la salud bucal infantil a los malos hábitos de las familias.

En las entrevistas realizadas a educadoras de los CDI, del Mies de la AZQ a través del guion de entrevista (anexo 2) se observó que existen familias, que se adaptan a las reglas y a los objetivos del CDI, familias que se limitan a la disposición de las educadoras y coordinadoras de los centros. Por su parte, las educadoras manifestaron que: “realmente del 100 % no más bien diría que hay un 70% de los padres, la mayoría trabaja y ellos por lo general salen en horarios muy tardes y ellos se adaptan porque no les toca de otra por las exigencias de parte nuestra” (Educadora 1 2018, entrevista personal). “Bueno la mayoría de los padres de familia sí lo aceptan y están conformes y ven que es un apoyo muy bueno y no hacen mayor esfuerzo por gestionar o mejorar lo que ya se dispone” (Educadora 2 2018, entrevista personal).

También se observó en las entrevistas familias focalizadas en los supuestos de alcanzar un lugar económico dentro de la sociedad con el desplazamiento del interés colectivo al interés individual. Sobre este tema, las educadoras manifestaron lo siguiente: “a pesar de que se les tiene escrito o se les da escritos para que vayan, se

olvidan, anteponen sus necesidades personales antes que la del niño/a” (Educadora 3 2018, entrevista personal). “Hay familias llenas de descuido, en este caso los padres en la mayoría trabajan y llegan en la noche, no se dan tiempo para lo que hacemos en el centro, parecería que solo trabajan y trabajan” (Educadora 4 2018, entrevista personal). “Realmente nosotros sí nos damos cuenta que algunos papitos sí ayudan y colaboran en la higiene bucal de los niños y niñas en su casa, pero otros están más interesados en venir, dejar al niño y trabajar” (Educadora 5 2018, entrevista personal).

La existencia de resistencia en las familias al momento de ejecutar una acción en favor de la salud bucal ha provocado que el componente de salud bucal no se ajuste a las expectativas de coordinadoras y educadoras de los centros, debido a la indisposición de padres y madres de los niños y niñas, esto puede obedecer según mi criterio a que los padres llegan muy cansado a sus hogares puesto que tienen que recorrer varias horas para llegar a casa o tal vez debido a que el trabajo que realizan en el día no abastece los ingresos económicos para sustentar sus hogares y deben doblar en sus jornadas diarias, o debido a que el dinero alcanza para comprar lo necesario para realizar una buena limpieza bucal, o quizá porque no están en condiciones de comprar alimentos saludables como frutas verduras y proteínas para alimentar a sus hijos y en su lugar deben llenar los estómagos de sus hijos con carbohidratos porque tienen otras necesidades básicas que cubrir para subsistir, todo esto ha ocasionado tensiones en las relaciones entre educadores, cuidadoras y padres de familia de los niños de los CDI. Estas son afirmaciones que se sustentan en las siguientes expresiones de las educadoras: “Los papás no colaboran pese a que nosotros les damos capacitaciones mensuales de hábitos de higiene bucal, pero no han puesto énfasis de parte de los papás” (Educadora 6 2018, entrevista personal). “Hay algunos padres conscientes de la situación del niño, pero también hay padres que no se preocupan por ellos. Son bien conformistas” (Educadora 7, 2018, entrevista personal). “Algunos padres sí son dedicados, otros no ni por más que se les dice apoyen en la higiene bucal no ayudan en casa, no se comprometen con sus hijos” (Educadora 8, 2018, entrevista personal). “Creo que para mí los que no ayudan son los que se asombran cuando se les pide ayuda replican el cepillado tres veces en la casa” (Educadora 9, 2018, entrevista personal). “Bueno pues aquí mensualmente tenemos charlas de higiene bucal con la técnica Janeth del Centro de Salud, ella les manda un deber, les facilitó un folleto odontológico, pero es un poquito difícil, los papás nunca están prestos” (Educadora 10 2018, entrevista personal).

Hay familias que integran los CDI y que les gusta lo que hacen los centros, pero no quieren compromisos ni mayores esfuerzos provocando fuertes barreras que impiden avanzar hacia una salud integral de los niños y niñas. Aseveraciones sustentadas en las manifestaciones de las educadoras que expresan: “en este sector es un muy difícil, las madres son un poquito descuidadas; siempre están esperando que el personal les coja un turno para que sean atendidos, realmente por ellas les mandan a veces enfermos, yo me tengo que poner muy fuerte y decirle que no lo voy a recibir para que ellas pongan empeño” (Educadora 11, 2018, entrevista personal). “Piensan que nosotros no hacemos un buen trabajo, que tenemos que darle muchas facilidades, pero hay veces que en la realidad es lo contrario y es equitativo creo yo” (Educadora 12, 2018, entrevista personal). “Algunos padres sí son dedicados, otros no, ni por más que se les dice apoyen en la higiene bucal no ayudan en casa, no se comprometen con sus hijos” (Educadora 13 2018, entrevista personal). Estos comportamientos tal vez se pueden entender visto desde la lógica de que muchos de los padres son el único soporte familiar del hogar y no pueden darse el lujo de faltar a sus trabajos por el miedo a al desempleo, o a lo mejor su nivel de educación no le permite entender la importancia de llevar a un niño de edades tempranas a q se le realice el chequeo dental.

Las entrevistas evidenciaron también una percepción subestimada de la salud oral, debido a que las familias no perciben a la salud bucal como una situación o un hecho prioritario, lo que conlleva a que no se identifiquen los factores asociados ni se produzcan acciones de prevención. Hechos que se manifiestan en los relatos de las educadoras que mencionan “pues tan difícil no es en el centro infantil, más bien el apoyo de los papitos, algunos no les envían lo que es el cepillo, la pasta, eso porque dicen que son muy pequeños; para qué si no les pasa nada” (Educadora 14, 2018, entrevista personal). “Los papás dicen para qué quiero otra vez el cepillo en septiembre nomás le dimos y ya quiere otra vez cepillo, además son niños y niñas ” (Educadora 15 2018, entrevista personal). “Las mamás se asombran aquí; cómo así a los guaguas tan tiernitos de gana se les pide, pero ellas mismo a veces ven que los niños y niñas se cepillan y se les dice: ‘verá que se está cepillando’ ” (Educadora 16, 2018, entrevista personal). “Los padres primero le toman a chiste que los niños y niñas tan chiquitos tengan el vasito, el cepillo, la pasta; otros se enojan porque dicen mi hijo acaso que ha de ocupar todo eso. No lo toman con importancia y lo dejan pasar” (Educadora 17 2018, entrevista personal). Según mi punto de vista profesional este comportamiento de los padres puede deberse al desconocimiento que tienen sobre el cuidado de la salud oral,

he ahí la necesidad de solicitar al personal del Mies capacitaciones más frecuente o charlas recordatorias sobre el tema, además que aquí juega un papel fundamental las creencias y costumbres respecto a la salud oral.

La existencia de familias que le dedican poco tiempo a compartir el momento del cepillado dental con los niños y enseñarles con el ejemplo, se debe según mi opinión, a que tienen la triple carga más aún si es la madre sola la que vive con sus hijos, esto quiere decir que además de cumplir con una jornada laboral fuera de casa debe realizar los quehaceres de la casa, atender a sus hijos y sin contar con el tiempo que se demora en preparar los alimentos para el hogar, toda esta dinámica dificulta el cuidado de la salud oral y ha provocado malos hábitos en el cepillado y consumo de pasta dental, afirmaciones que se sustentan en los relatos de las educadoras como “nosotros partimos de la imitación. Los niños y niñas vienen aquí con malos hábitos alimenticios, por ejemplo, se comen la pasta dental, muerden los cepillos y así” (Educadora 18, 2018, entrevista personal). “Sí hay niños y niñas que por ejemplo los papás le compran la pasta de sabores que viene en un kit, eso les gusta comerse; por nuestras labores no podemos estar vigilando a todos” (Educadora 19 2018, entrevista personal). “Hay niños y niñas que juegan con la pasta y se comen; se menciona a los papitos, pero no es de importancia para ellos” (Educadora 20, 2018, entrevista personal).

El consumo de alimentación no saludable ha producido caries y problemas de masticación durante el desarrollo infantil. Afirmaciones que se sustentan en los relatos de las educadoras como “físicamente los niños y niñas sí tienen problemas en masticar o sea no aprenden a comer” (Educadora 21 2018, entrevista personal). “Uno de los problemas es que cuando no mastican se atrancan y tienen miedo a comer” (Educadora 22 2018, entrevista personal). “Cuando comen frutas o carnes no mastican como es debido y no digieren bien el alimento y a veces se los tragan en pedazos grandes” (Educadora 23 2018, entrevista personal). “A veces el no poder masticar es porque sus dientes tienen dificultades desde tan pequeños, causados por el consumo de comida chatarra” (Educadora 24, 2018, entrevista personal). “Especialmente al empezar el lunes los niños y niñas viene con papas fritas, caramelos; y se tiene problemas con los padres porque se les dice que no les den comida chatarra” (Educadora 25, 2018, entrevista personal). “Sí es un poco difícil ya que hay veces que los niños y niñas no comen, hay veces que hay que insistirles, que lo que es ensalada, en lo que es morocho, trigo; ellos no están acostumbrados, los padres dicen que en la casa no les dan ensaladas, no les dan

carne, no les dan pollo; que más es sopas así ligeritas incluso a veces licuados” (Educatra 26, 2018, entrevista personal). “Los niños y niñas cuando llegan acá después del fin de semana en la mañana ellos llegan con muchísima hambre entonces se les pregunta qué comieron, dicen KFC, papas, jugo y golosinas” (Educatra 27, 2018, entrevista personal).

Lo relatado anteriormente se podría entender si se lograra comprender que muchos de los niños cuando no están en el CDI están al cuidado de hermanos quienes no tienen aún criterio de lo saludable o no que puede ser un alimento o un producto sino simple y sencillamente lo consumen porque es lo que más rápido económico y fácil consiguieron hasta que lleguen sus padres a casa.

3.1. Indicadores de estilo de vida según vulnerabilidad del barrio donde habitan niños y niñas de los CDI del Mies en la AZ Quitumbe

La mayoría de familias ocupa tres minutos de su tiempo para realizar el cepillado dental del niño o niña en los tres momentos de la salud bucal, tanto en barrios de media como de baja vulnerabilidad, sin embargo, 30,6 % utilizan menos de tres minutos en barrios de condiciones deficitarias incumpliendo lo que indica la OMS sobre el tiempo de cepillado en niños y niñas de 1 a 3 años que se encuentra alrededor de los cinco minutos. El uso mayoritario (89,6 %) de cepillo dental y pasta dental en la higiene bucal del niño/a, se observa tanto en barrios de baja y media vulnerabilidad. La falta de tiempo, el cansancio de los responsables del niño como irresponsabilidad ante la atención de la salud bucal del niño/a se observa tanto en barrios de baja y media vulnerabilidad. Datos que se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 18
Hábitos de higiene bucal

| Hábitos de higiene bucal | | Vulnerabilidad del barrio | | | | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------|---------------------------|------|-------|------|-------|------|
| | | Bajo | | Medio | | Total | |
| | | n=204 | % | n=85 | % | n=289 | % |
| Tiempo en la mañana para cepillado dental del niño o niña | 1 minuto | 76 | 37,3 | 23 | 27,1 | 99 | 34,3 |
| | 3 minutos | 107 | 52,5 | 50 | 58,8 | 157 | 54,3 |
| | 5 minutos | 21 | 10,3 | 12 | 14,1 | 33 | 11,4 |

| | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----|-------|----|-------|-----|-------|
| Tiempo en la tarde para cepillado dental del niño o niña | 1 minuto | 74 | 36,3 | 20 | 23,5 | 94 | 32,5 |
| | 3 minutos | 105 | 51,5 | 50 | 58,8 | 155 | 53,6 |
| | 5 minutos | 25 | 12,3 | 15 | 17,6 | 40 | 13,8 |
| Tiempo en la noche para cepillado dental del niño o niña | 1 minuto | 61 | 29,9 | 21 | 24,7 | 82 | 28,4 |
| | 3 minutos | 115 | 56,4 | 49 | 57,6 | 164 | 56,7 |
| | 5 minutos | 28 | 13,7 | 15 | 17,6 | 43 | 14,9 |
| Percepción del tiempo adecuado para el cepillado dental** | Menos de 3 min | 58 | 28,4 | 26 | 30,6 | 84 | 29,1 |
| | Entre 3 y 5 min | 129 | 63,2 | 54 | 63,5 | 183 | 63,3 |
| | 6 min | 13 | 6,4 | 2 | 2,4 | 15 | 5,2 |
| | Más de 6 min | 4 | 2,0 | 3 | 3,5 | 7 | 2,4 |
| Uso de implementos para el aseo dental | Cepillo y agua | 14 | 6,9 | 3 | 3,5 | 17 | 5,9 |
| | Cepillo y pasta | 181 | 88,7 | 78 | 91,8 | 259 | 89,6 |
| | Gasa húmeda | 9 | 4,4 | 4 | 4,7 | 13 | 4,5 |
| Causas de la falta de tiempo para la salud dental del infante | No tiene excusa | 129 | 63,2 | 58 | 68,2 | 187 | 64,7 |
| | Llega muy tarde | 24 | 11,8 | 15 | 17,6 | 39 | 13,5 |
| | Llega muy cansado/a | 20 | 9,8 | 3 | 3,5 | 23 | 8,0 |
| | No considera necesario el cepillado | 6 | 2,9 | 3 | 3,5 | 9 | 3,1 |
| | Debe realizar otras labores | 25 | 12,3 | 6 | 7,1 | 31 | 10,7 |
| | Total | 204 | 100,0 | 85 | 100,0 | 289 | 100,0 |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Con respecto a las prácticas de atención en salud bucal del niño/a hay mayor (34,1 %) proporción de niños y niñas que fueron llevados a su primera consulta médica en más de un año de nacido, en los barrios de condiciones deficitarias (vulnerabilidad media). con respecto a (27,5%) en barrios de baja vulnerabilidad, incumpliendo lo que mencionan los especialistas en sus recomendaciones llevar a consulta dental cuando el niño/a cumpla su primer año de edad. Entorno al nivel de satisfacción del servicio la mayoría de familias se sienten satisfechas por la atención recibida tanto en barrios de media y baja vulnerabilidad. Información que se corrobora en la siguiente tabla.

Tabla 19
Prácticas de atención en la salud bucal del niño/a

| Atención a la salud bucal del niño o niña | | Vulnerabilidad del barrio | | | | | |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------|-------|------|-------|------|
| | | Bajo | | Medio | | Total | |
| | | n=204 | % | n=85 | % | n=289 | % |
| Edad de la primera consulta dental** | Antes de los 6 meses de edad | 19 | 9,3 | 11 | 12,9 | 30 | 10,4 |
| | Entre 6 y 12 meses de edad | 44 | 21,6 | 12 | 14,1 | 56 | 19,4 |
| | Más de un año de edad | 56 | 27,5 | 29 | 34,1 | 85 | 29,4 |
| | No recuerda | 85 | 41,7 | 33 | 38,8 | 118 | 40,8 |
| Motivo de la última consulta dental | No recuerda | 10 | 4,9 | 5 | 5,9 | 15 | 5,2 |
| | Por una urgencia | 20 | 9,8 | 4 | 4,7 | 24 | 8,3 |
| | Para un tratamiento | 29 | 14,2 | 11 | 12,9 | 40 | 13,8 |
| | Certificado odontológico | 45 | 22,1 | 16 | 18,8 | 61 | 21,1 |
| | Por revisión/prevención | 100 | 49 | 49 | 57,6 | 149 | 51,6 |
| Institución donde se realizó la última consulta dental | En un centro/puesto de salud u hospital de la red pública de salud del MSP | 48 | 23,5 | 24 | 28,2 | 72 | 24,9 |
| | En el Centro Infantil por personal del MSP | 96 | 47,1 | 45 | 52,9 | 141 | 48,8 |
| | En un consultorio particular | 60 | 29,4 | 16 | 18,8 | 76 | 26,3 |
| Satisfacción de la consulta dental | Nada satisfecho | 16 | 7,8 | 3 | 3,5 | 19 | 6,6 |
| | Poco satisfecho | 48 | 23,5 | 15 | 17,6 | 63 | 21,8 |
| | Satisfecho | 96 | 47,1 | 49 | 57,6 | 145 | 50,2 |
| | Muy satisfecho | 44 | 21,6 | 18 | 21,2 | 62 | 21,5 |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Hay (18,80 %) de responsables que inician la higiene bucal del niño/a cuando ha cumplido más de un año de nacido en barrios de condiciones deficitarias (vulnerabilidad media), dando a entender que los responsables priorizan la higiene bucal cuando se integran a los CDI. La persona responsable del cuidado bucal del niño/a es principalmente (81,4%) la mamá, en barrios de baja y media vulnerabilidad. Pero el 20 % de niños y niñas hacen su higiene bucal sin asistencia de su padre o madre en barrios de vulnerabilidad media. De los niños y niñas que están iniciando en la actividad del cepillado, la mayoría cepilla sus dientes al levantarse, después del desayuno, después del almuerzo, antes de acostarse o al menos una vez al día tanto en barrios de vulnerabilidad media como baja. En cuanto al tiempo de reemplazo del cepillo dental, el 29,40 % de familias hace el cambio entre más de 2 y 3 meses como lo recomiendan los especialistas en barrios de vulnerabilidad baja, sin embargo el 8,2 % lo realizan entre

más de 6 meses o hasta un año en barrios de vulnerabilidad media. Datos que se observan en la siguiente tabla.

Tabla 20
Itinerario típico personal en torno a la salud bucal del niño/a

| Itinerario típico personal en torno a la salud bucal del niño o niña | | Vulnerabilidad del barrio | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|---------|-------|---------|-------|---------|
| | | Bajo | | Medio | | Total | |
| | | n=204 | % | n=85 | % | n=289 | % |
| Inicio de la higiene bucal en el niño/a** | Ocho días de nacido | 16 | 7,8 | 6 | 7,10% | 22 | 7,60% |
| | Primer mes de nacido | 8 | 3,9 | 5 | 5,90% | 13 | 4,50% |
| | Antes de los seis meses de nacido | 11 | 5,4 | 9 | 10,60% | 20 | 6,90% |
| | Entre seis meses y un año de nacido | 69 | 33,8 | 27 | 31,80% | 96 | 33,20% |
| | Más de un año de nacido | 46 | 22,5 | 16 | 18,80% | 62 | 21,50% |
| | No recuerda | 54 | 26,5 | 22 | 25,90% | 76 | 26,30% |
| Persona responsable del cuidado bucal del niño o niña | El principal cuidador | 166 | 81,4 | 65 | 76,50% | 231 | 79,90% |
| | El niño solo | 33 | 16,2 | 17 | 20,00% | 50 | 17,30% |
| | Otra persona | 5 | 2,5 | 3 | 3,50% | 8 | 2,80% |
| El niño/a cepilla sus dientes al levantarse | | 129 | 63,2 | 52 | 61,20% | 181 | 62,60% |
| El niño/a cepilla sus dientes después del desayuno | | 129 | 63,20% | 45 | 52,90% | 174 | 60,20% |
| El niño/a cepilla sus dientes después del almuerzo | | 104 | 51,00% | 43 | 50,60% | 147 | 50,90% |
| El niño/a cepilla sus dientes después de la cena | | 125 | 61,30% | 43 | 50,60% | 168 | 58,10% |
| El niño/a cepilla sus dientes antes de acostarse | | 112 | 54,90% | 38 | 44,70% | 150 | 51,90% |
| El niño/a cepilla sus dientes al menos una vez al día | | 195 | 95,60% | 81 | 95,30% | 276 | 95,50% |
| Tiempo de reemplazo del cepillo dental | Menos de 1 mes | 19 | 9,30% | 4 | 4,70% | 23 | 8,00% |
| | Entre 1 y 2 meses | 41 | 20,10% | 11 | 12,90% | 52 | 18,00% |
| | Entre más de 2 y 3 meses | 53 | 26,00% | 32 | 37,60% | 85 | 29,40% |
| | Entre más de 3 y 6 meses | 34 | 16,70% | 15 | 17,60% | 49 | 17,00% |
| | Entre más de 6 meses y 1 año | 22 | 10,80% | 7 | 8,20% | 29 | 10,00% |
| | Más de 1 año | 35 | 17,20% | 16 | 18,80% | 51 | 17,60% |
| | Total | 204 | 100,00% | 85 | 100,00% | 289 | 100,00% |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

La cantidad de pasta dental que comen los niños y niñas se expresa en porcentajes bajos de consumo en barrios de baja vulnerabilidad, sin embargo, se observa que la tasa más alta de consumo (7,10 %) se da en barrios de condiciones deficitarias. El 17,6 % sigue usando biberón en barrios de condiciones desfavorecidas (media vulnerabilidad). Los malos hábitos que se exponen en la tabla 19 se dan en barrios de

baja y media vulnerabilidad, aunque la frecuencia diaria de morderse los labios se observa en mayor proporción (38,8 %) en barrios de vulnerabilidad media, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 21
Hábitos nocivos del niño/a

| Hábitos nocivos del niño o niña | | Vulnerabilidad del barrio | | | | | |
|-------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | | Bajo | | Medio | | Total | |
| | | n=204 | % | n=85 | % | n=289 | % |
| Cantidad de pasta dental que come el niño | Muchísimo | 5 | 2,50% | 1 | 1,20% | 6 | 2,10% |
| | Bastante | 20 | 9,80% | 6 | 7,10% | 26 | 9,00% |
| | Algo | 40 | 19,60% | 14 | 16,50% | 54 | 18,70% |
| | Un poco | 73 | 35,80% | 31 | 36,50% | 104 | 36,00% |
| | Nada | 66 | 32,40% | 33 | 38,80% | 99 | 34,30% |
| Uso de biberón | sí | 26 | 12,70% | 15 | 17,60% | 41 | 14,20% |
| Edad en la que el niño/a dejó el biberón | No recuerda | 128 | 62,70% | 57 | 67,10% | 185 | 64,00% |
| | hasta los 12 meses | 59 | 28,90% | 19 | 22,40% | 78 | 27,00% |
| | hasta los 18 meses | 8 | 3,90% | 5 | 5,90% | 13 | 4,50% |
| | Más de 18 meses | 9 | 4,40% | 4 | 4,70% | 13 | 4,50% |
| Frecuencia con que muerde los labios el niño o niña** | A diario | 5 | 2,50% | 2 | 2,40% | 7 | 2,40% |
| | Esporádicamente | 60 | 29,40% | 33 | 38,80% | 93 | 32,20% |
| | Nunca | 86 | 42,20% | 19 | 22,40% | 105 | 36,30% |
| | No se ha dado cuenta | 53 | 26,00% | 31 | 36,50% | 84 | 29,10% |
| Frecuencia con que se chupa el dedo el niño o niña | A diario | 15 | 7,40% | 7 | 8,20% | 22 | 7,60% |
| | Esporádicamente | 61 | 29,90% | 27 | 31,80% | 88 | 30,40% |
| | Nunca | 81 | 39,70% | 22 | 25,90% | 103 | 35,60% |
| | No se ha dado cuenta | 47 | 23,00% | 29 | 34,10% | 76 | 26,30% |
| Frecuencia que rechina los dientes el niño o niña | A diario | 15 | 7,40% | 4 | 4,70% | 19 | 6,60% |
| | Esporádicamente | 57 | 27,90% | 26 | 30,60% | 83 | 28,70% |
| | Nunca | 80 | 39,20% | 27 | 31,80% | 107 | 37,00% |
| | No se ha dado cuenta | 52 | 25,50% | 28 | 32,90% | 80 | 27,70% |
| Frecuencia con que se come las uñas el niño o niña | A diario | 9 | 4,40% | 1 | 1,20% | 10 | 3,50% |
| | Esporádicamente | 56 | 27,50% | 29 | 34,10% | 85 | 29,40% |
| | Nunca | 93 | 45,60% | 33 | 38,80% | 126 | 43,60% |
| | No se ha dado cuenta | 46 | 22,50% | 22 | 25,90% | 68 | 23,50% |
| Frecuencia con que se chupa la lengua el niño o niña | A diario | 14 | 6,90% | 1 | 1,20% | 15 | 5,20% |
| | Esporádicamente | 51 | 25,00% | 24 | 28,20% | 75 | 26,00% |
| | Nunca | 86 | 42,20% | 34 | 40,00% | 120 | 41,50% |
| | No se ha dado cuenta | 53 | 26,00% | 26 | 30,60% | 79 | 27,30% |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

4. Afectación de la caries dental en niños y niñas integrados a los CDI

El examen bucal evaluó la experiencia de caries dental en los niños que tenían al menos un diente presente. Previamente al examen los niños fueron cepillados los dientes por el cuidador en el CDI. Los exámenes fueron realizados por dos odontólogos calibrados en el diagnóstico de caries dental con base en el Sistema Internacional de Detección y Evaluación de Caries para el registro de caries dental por superficie. Las superficies dentales se secaron con gasa y se realizó inspección visual con espejo bucal plano y sonda.

La presencia de caries dental en niños y niñas integrados a los CDI fue de 38,4 %. Esto se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 22

Presencia de la caries dental en los niños y niñas integrados a los CDI

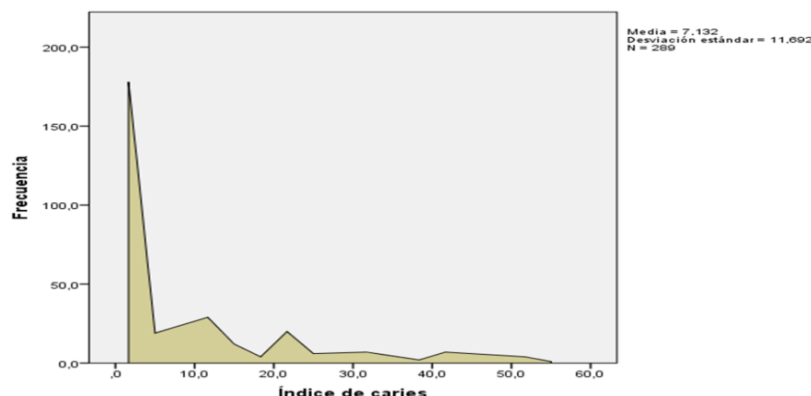
| | | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------------------|-------|------------|------------|
| Prevalencia de caries | SÍ | 111 | 38,4 |
| | NO | 178 | 61,6 |
| | Total | 289 | 100 |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

Con respecto al índice de caries existió un amplio rango de valores, sin embargo, los índices con mayores porcentajes fueron 5, 10 y 20 que corresponden al 4,5 %, 5,9 % y 5,5 % de la muestra, respectivamente. En la figura se observa su distribución.

Gráfico 2
Índice de caries dental



Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)
Elaboración propia

Los análisis estadísticos develaron que el nivel de afectación de caries dental está relacionado con la estructura dental y erupción dentaria del infante. En cuanto a la dentición no se evidencian diferencias estadísticas significativas que permitan señalar una asociación con esta variable. Con respecto a la estructura dental del niño, 78 presentan hipoplasia y 6 tienen trastornos, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 23
Evaluación dental y caries

| | | Nivel de afectación de caries dental | | | | | | | | | |
|------------------------------|----------------|--------------------------------------|-------|------|-------|----------|-------|--------|-------|-------|--------|
| | | Nulo | | Bajo | | Moderado | | Severo | | Total | |
| Evaluación dental | | n | % | N | % | n | % | n | % | N | % |
| Estructura dental del niño** | Normal | 100 | 52,9% | 53 | 28,0% | 32 | 16,9% | 4 | 2,1% | 189 | 100% |
| | Hipoplasia | 78 | 78,0% | 11 | 11,0% | 9 | 9,0% | 2 | 2,0% | 100 | 100% |
| Erupción dentaria del niño** | Normal | 172 | 62,3% | 62 | 22,5% | 38 | 13,8% | 4 | 1,4% | 276 | 100% |
| | Con trastornos | 6 | 46,2% | 2 | 15,4% | 3 | 23,1% | 2 | 15,4% | 13 | 100% |
| | Total | 178 | 61,6% | 64 | 22,1% | 41 | 14,2% | 6 | 2,1% | 289 | 100% |
| Dentición del niño | Normal | 177 | 61,7% | 64 | 22,3% | 40 | 13,9% | 6 | 2,1% | 287 | 100% |
| | Aumentada | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 1 | 50,0% | 0 | 0,0% | 2 | 100% |
| | Total | 178 | 61,6% | 64 | 22,1% | 41 | 14,2% | 6 | 2,1% | 289 | 100,0% |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)
Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Las entrevistas realizadas a las educadoras develaron también la presencia de hipoplasia considerada como una afección donde la mineralización del esmalte es

deficiente, presentado asperezas o manchas de color marrón o amarillento. En los comentarios emitidos por las educadoras de los CDI como “el año pasado varios casos de niños y niñas tenían picaduras en los dientes seguramente por la comida y el biberón que les daban sus padres” (cuidadora 8 2018, entrevista personal). “Sí hay niños y niñas que, por ejemplo, tienen huequitos en los dientes porque las mamás les tienen con colada y biberón” (cuidadora 9 2018, entrevista personal). “Hay niños y niñas que tienen los dientes cariados, incluso tenemos en el área de bebés a niños y niñas que tienen uno o dos dientes picados” (Educadora 1 2018, entrevista personal).

Complementando, el 28,2 % de la hipoplasia se observa en los barrios de peores condiciones (vulnerabilidad media). La erupción dentaria y dentición del niño/a se observa tanto en barrios de baja y media vulnerabilidad. Datos que se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 24
Evaluación dental del niño/a

| | | Vulnerabilidad del barrio | | | | | |
|---------------------------------|----------------|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | | Bajo | | Medio | | Total | |
| Salud bucal del niño o niña | | n=204 | % | n=85 | % | n=289 | % |
| Estructura dental del infante** | Normal | 128 | 62,7 | 61 | 71,8 | 189 | 65,4 |
| | Hipoplasia | 76 | 37,3 | 24 | 28,2 | 100 | 34,6 |
| Erupción dentaria del infante | Normal | 194 | 95,1 | 82 | 96,5 | 276 | 95,5 |
| | Con trastornos | 10 | 4,9 | 3 | 3,5 | 13 | 4,5 |
| Dentición del infante | Normal | 203 | 99,5 | 84 | 98,8 | 287 | 99, |
| | Aumentada | 1 | ,5 | 1 | 1,2 | 2 | ,7 |
| | Total | 204 | 100,0 | 85 | 100,0 | 289 | 100,0 |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Sobre los problemas de la salud bucal del niño/a. En su mayoría (21,8 %) los niños y niñas presentan casos de mal aliento, el restante porcentaje se distribuye entre casos de dientes faltantes, manchas oscuras, frenillo, dientes disparejos, babeo y caries dental, tanto en barrios de media y baja vulnerabilidad. Sin embargo, se observa el 19 % de casos de mal aliento en barrios de peores condiciones, según se observa en la siguiente tabla.

Tabla 25
Problemas de la salud bucal del niño/a

| Problemas de salud bucal | Vulnerabilidad del barrio | | | | | | |
|--------------------------------------------------|---------------------------|-----|-------|-----|-------|------|------|
| | Bajo | | Medio | | Total | | |
| | n=204 | % | n=85 | % | n=289 | % | |
| Casos de dientes faltantes en los niños y niñas | 24 | 12 | 6 | 7,1 | 30 | 10,4 | |
| Casos de mal aliento en los niños y niñas | 47 | 23 | 16 | 19 | 63 | 21,8 | |
| Casos de manchas oscuras en los niños y niñas | 38 | 19 | 9 | 11 | 47 | 16,3 | |
| Casos de frenillo en los niños y niñas | 18 | 9 | 8 | 9,4 | 26 | 9 | |
| Casos de dientes disparejos en los niños y niñas | 17 | 8 | 6 | 7,1 | 23 | 8 | |
| Casos de babeo en los niños y niñas | 35 | 17 | 10 | 12 | 45 | 15,6 | |
| Casos de caries en los niños y niñas | 34 | 17 | 9 | 11 | 43 | 14,9 | |
| Índice de caries | 0 | 123 | 60 | 55 | 65 | 178 | 61,6 |
| | 5 | 10 | 5 | 3 | 3,5 | 13 | 4,5 |
| | 5,6 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,3 |
| | 6,3 | 5 | 2 | 0 | 0 | 5 | 1,7 |
| | 10 | 12 | 6 | 5 | 5,9 | 17 | 5,9 |
| | 11 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0,7 |
| | 13 | 7 | 3 | 3 | 3,5 | 10 | 3,5 |
| | 15 | 8 | 4 | 3 | 3,5 | 11 | 3,8 |
| | 17 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0,7 |
| | 19 | 2 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0,7 |
| | 20 | 10 | 5 | 6 | 7,1 | 16 | 5,5 |
| | 22 | 2 | 1 | 2 | 2,4 | 4 | 1,4 |
| | 25 | 4 | 2 | 2 | 2,4 | 6 | 2,1 |
| | 30 | 2 | 1 | 4 | 4,7 | 6 | 2,1 |
| | 40 | 5 | 2 | 1 | 1,2 | 6 | 2,1 |
| | 42 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,3 |
| | 50 | 4 | 2 | 0 | 0 | 4 | 1,4 |
| | 55 | 0 | 0 | 1 | 1,2 | 1 | 0,3 |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)
 Elaboración propia

4.1. Nivel de afectación de caries dental por modos de vida y territorio

Tomando en cuenta la variable nivel de afectación de caries dental se realizó el cruce con los modos de vida de las familias de los niños de los CDI y se obtuvo los siguientes resultados. En la muestra de niños y niñas del estudio se encuentra una prevalencia de 14,6% de afectación moderada y 2,1 % de afectación severa, un total de 16,7%, es decir 1 de cada 6 niños y niñas tiene afectada su dentición. El nivel de afectación de moderada a severa es más alto que el promedio en los barrios de vulnerabilidad media, y en algunos barrios de residencia y CDI como La Ecuatoriana, Martha Bucaram, CDI Claudia Beltrán, CDI Estrellitas Futuras del Sur es más notoria esta aseveración. Esto indica que las condiciones de vida deficitarias de los hogares y

las condiciones de cuidado del niño/a están relacionadas con la incidencia de caries. Como se corrobora en la siguiente tabla.

Tabla 26
Nivel de afectación de caries dental por indicadores del territorio

| Territorio | | Nivel de afectación de caries dental | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-------|------|-------|----------|-------|--------|------|-------|--------|
| | | Nulo | | Bajo | | Moderado | | Severo | | Total | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Vulnerabilidad del barrio | Bajo | 123 | 60,3% | 50 | 24,5% | 26 | 12,7% | 5 | 2,5% | 204 | 100% |
| | Medio | 55 | 64,7% | 14 | 16,5% | 15 | 17,6% | 1 | 1,2% | 85 | 100% |
| Barrio de residencia | La Ecuatoriana | 55 | 64,7% | 14 | 16,5% | 15 | 17,6% | 1 | 1,2% | 85 | 100% |
| | El Tránsito | 89 | 63,6% | 29 | 20,7% | 19 | 13,6% | 3 | 2,1% | 140 | 100% |
| | Ciudadela Ibarra | 19 | 52,8% | 13 | 36,1% | 3 | 8,3% | 1 | 2,8% | 36 | 100% |
| | Martha Bucaram | 15 | 53,6% | 8 | 28,6% | 4 | 14,3% | 1 | 3,6% | 28 | 100% |
| | Total | 178 | 61,6% | 64 | 22,1% | 41 | 14,2% | 6 | 2,1% | 289 | 100% |
| | | | | | | | | | | | |
| Centro de Desarrollo Infantil | Capullitos de Ternura | 10 | 50,0% | 5 | 25,0% | 4 | 20,0% | 1 | 5,0% | 20 | 100% |
| | Claudia Beltrán | 14 | 56,0% | 4 | 16,0% | 6 | 24,0% | 1 | 4,0% | 25 | 100% |
| | Démonos la Mano Amigos | 49 | 61,3% | 18 | 22,5% | 13 | 16,3% | 0 | 0,0% | 80 | 100% |
| | Estrellitas del Sur la Estancia | 13 | 65,0% | 6 | 30,0% | 1 | 5,0% | 0 | 0,0% | 20 | 100% |
| | Estrellitas Futuras del Sur | 17 | 48,6% | 10 | 28,6% | 6 | 17,1% | 2 | 5,7% | 35 | 100% |
| | María Auxiliadora | 16 | 80,0% | 3 | 15,0% | 1 | 5,0% | 0 | 0,0% | 20 | 100% |
| | Mis Primeros Pasos | 21 | 75,0% | 5 | 17,9% | 2 | 7,1% | 0 | 0,0% | 28 | 100% |
| | Orquídeas | 21 | 58,3% | 8 | 22,2% | 5 | 13,9% | 2 | 5,6% | 36 | 100% |
| | Santa Cruz | 17 | 68,0% | 5 | 20,0% | 3 | 12,0% | 0 | 0,0% | 25 | 100% |
| | Total | 178 | 61,6% | 64 | 22,1% | 41 | 14,2% | 6 | 2,1% | 289 | 100,0% |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

Se evidencien procesos protectores en las mejores condiciones de vivienda. Llama la atención que los mayores índices de afectación moderada se presentan en niños y niñas o niñas con vivienda propia (20,3 %), casa (19,4 %) y familia corta (16 %), vivir en familia grande parece ser un proceso protector, puesto que 7 de cada 10 de esos niños y niñas no tiene afectación. El índice de afectación severo se presenta en 4,3 % de familias que viven en cuartos de inquilinato y en un 2,6 % en quienes arriendan.

Tabla 27
Indicadores de la vivienda

| Indicadores de la vivienda | | Nivel de afectación de caries dental | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------|------|-------|----------|-------|--------|------|-------|------|
| | | Nulo | | Bajo | | Moderado | | Severo | | Total | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | N | % |
| Propiedad de la vivienda | Propia | 36 | 56,3% | 14 | 21,9% | 13 | 20,3% | 1 | 1,6% | 64 | 100% |
| | Prestada | 30 | 65,2% | 12 | 26,1% | 4 | 8,7% | 0 | 0,0% | 46 | 100% |
| | Arrendada | 112 | 62,6% | 38 | 21,2% | 24 | 13,4% | 5 | 2,8% | 179 | 100% |
| | Total | 178 | 61,6% | 64 | 22,1% | 41 | 14,2% | 6 | 2,1% | 289 | 100% |
| Tipo de vivienda | Casa | 39 | 58,2% | 15 | 22,4% | 13 | 19,4% | 0 | 0,0% | 67 | 100% |
| | Mediagua | 29 | 64,4% | 10 | 22,2% | 5 | 11,1% | 1 | 2,2% | 45 | 100% |
| | Departamento | 98 | 63,6% | 30 | 19,5% | 22 | 14,3% | 4 | 2,6% | 154 | 100% |
| | Cuarto de inquilinato (piezas) | 12 | 52,2% | 9 | 39,1% | 1 | 4,3% | 1 | 4,3% | 23 | 100% |
| | Total | 178 | 61,6% | 64 | 22,1% | 41 | 14,2% | 6 | 2,1% | 289 | 100% |
| Tamaño del hogar | Corta | 110 | 58,2% | 45 | 23,8% | 31 | 16,4% | 3 | 1,6% | 189 | 100% |
| | Mediana | 61 | 67,8% | 17 | 18,9% | 9 | 10,0% | 3 | 3,3% | 90 | 100% |
| | Grande | 7 | 70,0% | 2 | 20,0% | 1 | 10,0% | 0 | 0,0% | 10 | 100% |
| | Total | 178 | 61,6% | 64 | 22,1% | 41 | 14,2% | 6 | 2,1% | 289 | 100% |
| Hacinamiento | | 71 | 62,8% | 22 | 19,5% | 16 | 14,2% | 4 | 3,5% | 113 | 100% |
| Acceso a todos los servicios básicos | Si | 57 | 60,6% | 27 | 28,7% | 9 | 9,6% | 1 | 1,1% | 94 | 100% |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)
Elaboración propia

De las variables correspondientes a los indicadores de la familia vemos que niños y niñas que están al cuidado de su padre cuando no se encuentran en el CDI han sido afectados severamente (2,5 %), mientras que niños y niñas que están al cuidado de abuelos u otros familiares han sido afectados moderadamente (26,7 %) La afectación es diferente en las familias nucleares y extendidas. Por otro lado, en las familias monoparentales se presentan los niveles más altos de afectación moderada a severa (23,7 %). La posición del niño/a en la familia incide en el nivel de afectación de caries dental, los segundos niños y niñas tienen menos afectación que los primeros. Como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 28
Indicadores de la familia

| Indicadores de la familia | | Nivel de afectación de caries dental | | | | | | | | | |
|---------------------------|---------|--------------------------------------|--------|------|--------|----------|--------|--------|-------|-------|------|
| | | Nulo | | Bajo | | Moderado | | Severo | | Total | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | N | % |
| Tipo de | Nuclear | 104 | 61,50% | 37 | 21,90% | 24 | 14,20% | 4 | 2,40% | 169 | 100% |

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|-----|--------|----|--------|----|--------|---|-------|-----|------|
| familia | Extendida | 57 | 69,50% | 15 | 18,30% | 9 | 11,00% | 1 | 1,20% | 82 | 100% |
| | Monoparental | 17 | 44,70% | 12 | 31,60% | 8 | 21,10% | 1 | 2,60% | 38 | 100% |
| Posición del niño/a en la familia** | 1 | 61 | 50,00% | 35 | 28,70% | 21 | 17,20% | 5 | 4,10% | 122 | 100% |
| | 2 | 69 | 67,00% | 16 | 15,50% | 17 | 16,50% | 1 | 1,00% | 103 | 100% |
| Persona con quién duerme el niño/a | Solo o con la hermana | 22 | 59,50% | 7 | 18,90% | 8 | 21,60% | 0 | 0,00% | 37 | 100% |
| | Mamá, papá o ambos | 147 | 62,00% | 55 | 23,20% | 29 | 12,20% | 6 | 2,50% | 237 | 100% |
| | Abuelos y otros familiares | 9 | 60,00% | 2 | 13,30% | 4 | 26,70% | 0 | 0,00% | 15 | 100% |
| | Total | 178 | 61,60% | 64 | 22,10% | 41 | 14,20% | 6 | 2,10% | 289 | 100% |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Los niveles de afectación de caries dental moderados a severos son palpablemente distintos según quién es el cuidador fuera del CDI, con los más altos niveles de afectación en niños y niñas al cuidado de abuelos (28 %). Cuando los cuidadores tienen educación superior, los índices bajan sensiblemente así como en casos de padres más adultos (29 y más), mientras que en los casos de padre o madre adolescente, se presentan los mayores niveles severos de afectación (7,7 % y 4,2 % respectivamente). Como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 29.
Soporte familiar

| Soporte familiar | | Nivel de afectación de caries dental | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------|--------------------------------------|-------|------|-------|----------|-------|--------|------|-------|------|
| | | Nulo | | Bajo | | Moderado | | Severo | | Total | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | N | % |
| Cuidador del niño/a fuera del CDI** | Papá | 27 | 69,2% | 8 | 20,5% | 3 | 7,7% | 1 | 2,6% | 39 | 100% |
| | Mamá | 75 | 55,1% | 41 | 30,1% | 17 | 12,5% | 3 | 2,2% | 136 | 100% |
| | Abuelo(a) | 28 | 56,0% | 8 | 16,0% | 13 | 26,0% | 1 | 2,0% | 50 | 100% |
| | Hermano (a) | 40 | 80,0% | 3 | 6,0% | 6 | 12,0% | 1 | 2,0% | 50 | 100% |
| | Otro familiar | 8 | 57,1% | 4 | 28,6% | 2 | 14,3% | 0 | 0,0% | 14 | 100% |
| Nivel de educación del responsable | Hasta primaria | 17 | 50,0% | 11 | 32,4% | 6 | 17,6% | 0 | 0,0% | 34 | 100% |
| | Secundaria | 125 | 63,8% | 34 | 17,3% | 32 | 16,3% | 5 | 2,6% | 196 | 100% |
| | Universitaria | 36 | 61,0% | 19 | 32,2% | 3 | 5,1% | 1 | 1,7% | 59 | 100% |
| Edad del padre | Menos de 18 años | 5 | 38,5% | 5 | 38,5% | 2 | 15,4% | 1 | 7,7% | 13 | 100% |

| | | | | | | | | | | | |
|------------------|------------------|-----|-------|----|-------|----|-------|---|------|-----|--------|
| | De 18 a 28 años | 94 | 60,6% | 34 | 21,9% | 25 | 16,1% | 2 | 1,3% | 155 | 100% |
| | De 29 a 39 años | 71 | 64,5% | 23 | 20,9% | 13 | 11,8% | 3 | 2,7% | 110 | 100% |
| | De 40 o más años | 8 | 72,7% | 2 | 18,2% | 1 | 9,1% | 0 | 0,0% | 11 | 100% |
| Edad de la madre | Menos de 18 años | 9 | 39,1% | 8 | 34,8% | 5 | 21,7% | 1 | 4,3% | 23 | 100% |
| | De 18 a 28 años | 115 | 61,2% | 44 | 23,4% | 25 | 13,3% | 4 | 2,1% | 188 | 100% |
| | De 29 a 39 años | 47 | 69,1% | 10 | 14,7% | 10 | 14,7% | 1 | 1,5% | 68 | 100% |
| | De 40 o más años | 7 | 70,0% | 2 | 20,0% | 1 | 10,0% | 0 | 0,0% | 10 | 100% |
| | Total | 178 | 61,6% | 64 | 22,1% | 41 | 14,2% | 6 | 2,1% | 289 | 100,0% |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Precisamente en familias obreras, subasalariadas y de pequeños comerciantes se observa el mayor nivel de caries en niños y niñas. Igualmente, el nivel de afectación es más alto que el promedio en hogares con ingresos menores al básico. Cuando la mamá es la principal responsable económica también existe una mayor tasa de afectación con respecto a padres o hermanos que aportan económicamente a la familia. Por otro lado, los datos estadísticos indican a la capa media-pobre como la predominante en las familias de los CDI en esta capa se presenta el 12,9 % moderada y 2,7 % severa de afectación de caries dental. Datos que se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 30
La inserción social

| Inserción social | | Nivel de afectación de caries dental | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------|-------|------|-------|----------|-------|--------|------|-------|------|
| | | Nulo | | Bajo | | Moderado | | Severo | | Total | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Principal responsable económico | Papá | 113 | 63,8% | 38 | 21,5% | 23 | 13,0% | 3 | 1,7% | 177 | 100% |
| | Mamá | 49 | 57,0% | 20 | 23,3% | 14 | 16,3% | 3 | 3,5% | 86 | 100% |
| | Otros familiares | 16 | 61,5% | 6 | 23,1% | 4 | 15,4% | 0 | 0,0% | 26 | 100% |
| Ingresos mensuales del hogar | Menos de 200 dólares | 48 | 64,0% | 12 | 16,0% | 15 | 20,0% | 0 | 0,0% | 75 | 100% |
| | De 201 a 400 dólares | 99 | 60,0% | 41 | 24,8% | 22 | 13,3% | 3 | 1,8% | 165 | 100% |
| | Más de 400 dólares | 31 | 63,3% | 11 | 22,4% | 4 | 8,2% | 3 | 6,1% | 49 | 100% |
| Falta de dinero para la compra de alimentos | Siempre | 11 | 57,9% | 4 | 21,1% | 3 | 15,8% | 1 | 5,3% | 19 | 100% |
| | Casi siempre | 52 | 62,7% | 16 | 19,3% | 12 | 14,5% | 3 | 3,6% | 83 | 100% |
| | Algunas veces | 57 | 58,8% | 28 | 28,9% | 12 | 12,4% | 0 | 0,0% | 97 | 100% |
| | Muy pocas veces | 35 | 63,6% | 9 | 16,4% | 9 | 16,4% | 2 | 3,6% | 55 | 100% |
| | Nunca | 23 | 65,7% | 7 | 20,0% | 5 | 14,3% | 0 | 0,0% | 35 | 100% |
| Clase | Capa media | 88 | 59,9% | 36 | 24,5% | 19 | 12,9% | 4 | 2,7% | 147 | 100% |

| | | | | | | | | | | | |
|----------|-------------------------------|-----|--------|----|-------|----|-------|---|------|-----|--------|
| social** | pobre | | | | | | | | | | |
| | Pequeño productor artesano | 9 | 56,3% | 5 | 31,3% | 2 | 12,5% | 0 | 0,0% | 16 | 100% |
| | Pequeño productor Comerciante | 16 | 64,0% | 4 | 16,0% | 5 | 20,0% | 0 | 0,0% | 25 | 100% |
| | Obreros | 17 | 65,4% | 3 | 11,5% | 4 | 15,4% | 2 | 7,7% | 26 | 100% |
| | Subasalariado | 38 | 64,4% | 12 | 20,3% | 9 | 15,3% | 0 | 0,0% | 59 | 100% |
| | Desempleados | 7 | 53,8% | 4 | 30,8% | 2 | 15,4% | 0 | 0,0% | 13 | 100% |
| | Jubilado | 3 | 100,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 3 | 100% |
| | Total | 178 | 61,6% | 64 | 22,1% | 41 | 14,2% | 6 | 2,1% | 289 | 100,0% |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

Con respecto a la participación en espacios de organización y decisión, el nivel de afectación de caries dental es diferente, se observan tasas de afectación baja (22 %) con respecto al 3,4 % de afectación severa en familias que participan, lo que muestra que incentivar la participación origina un proceso protector en contra de la caries dental. Esto se puede ver en la siguiente tabla.

Tabla 31
La participación en espacios de organización y decisión

| Participación en espacios de organización y decisión | Nivel de afectación de caries dental | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------|------|-------|----------|-------|--------|------|-------|------|
| | Nulo | | Bajo | | Moderado | | Severo | | Total | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | N | % |
| Participación en alguna organización | 36 | 61,0% | 13 | 22,0% | 8 | 13,6% | 2 | 3,4% | 59 | 100% |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

El no comprender la salud bucal en niños y niñas ha originado un 20 % de afectación moderada. El desconocimiento de la afectación de la salud general por falta de cuidado bucal ha originado 10,5 % de afectación moderada. Se observan también mayores tasas de conocimiento medio que se relacionan con afectaciones bajas, dando a entender que el conocimiento es un proceso protector. Afirmaciones que se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 32
El conocimiento sobre la salud bucal

| Conocimiento sobre salud bucal | | Nivel de afectación de caries dental | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------|-------|------|-------|----------|-------|--------|------|-------|--------|
| | | Nulo | | Bajo | | Moderado | | Severo | | Total | |
| | | N | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Nivel del conocimiento de los causales de caries | Bajo | 115 | 62,8% | 38 | 20,8% | 26 | 14,2% | 4 | 2,2% | 183 | 100% |
| | Medio | 44 | 62,0% | 15 | 21,1% | 10 | 14,1% | 2 | 2,8% | 71 | 100% |
| | Alto | 19 | 54,3% | 11 | 31,4% | 5 | 14,3% | 0 | 0,0% | 35 | 100% |
| Conocimiento de la afectación en la salud general del infante por la falta de cuidado bucal | Nada | 15 | 78,9% | 2 | 10,5% | 2 | 10,5% | 0 | 0,0% | 19 | 100% |
| | Un poco | 20 | 64,5% | 6 | 19,4% | 3 | 9,7% | 2 | 6,5% | 31 | 100% |
| | Algo | 43 | 62,3% | 17 | 24,6% | 9 | 13,0% | 0 | 0,0% | 69 | 100% |
| | Bastante | 76 | 57,1% | 33 | 24,8% | 22 | 16,5% | 2 | 1,5% | 133 | 100% |
| | Muchísimo | 24 | 64,9% | 6 | 16,2% | 5 | 13,5% | 2 | 5,4% | 37 | 100% |
| Compresión de las familias acerca de la salud bucal | No comprenden | 4 | 80,0% | 0 | 0,0% | 1 | 20,0% | 0 | 0,0% | 5 | 100% |
| | Comprenden más o menos | 138 | 62,4% | 50 | 22,6% | 28 | 12,7% | 5 | 2,3% | 221 | 100% |
| | Comprenden bien | 36 | 57,1% | 14 | 22,2% | 12 | 19,0% | 1 | 1,6% | 63 | 100% |
| | Total | 178 | 61,6% | 64 | 22,1% | 41 | 14,2% | 6 | 2,1% | 289 | 100,0% |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

4.2. Nivel de afectación de caries dental e indicadores de estilos de vida

El índice de afectación de caries dental varía según el manejo del tiempo en el cepillado dental, sin embargo, cuando el nivel de tiempo es bueno, a la vez que hay más niños y niñas sin afectación (71 %), también son más altos los niveles moderado a severo de afectación que el promedio. Tenemos que el tiempo promedio en la mañana, tarde y noche para el cepillado es tres minutos existiendo menores niveles de afectación a medida que aumenta el tiempo. En cambio, sí hay diferencias en la salud bucal observadas según aumenta el tiempo que las familias consideran adecuado para el cepillado. El uso de cepillo y agua sola sí incide en un mayor deterioro de la salud bucal puesto que este grupo presenta casi 17 % de afectación de moderado (12%) a severo (6%), mientras que el uso de implementos adecuados (cepillo y pasta) no marca una mejora notoria en el nivel de salud bucal, puesto que presenta 16,5 % de afectación moderada a severa. Cuando falta tiempo para cepillado, porque *debe realizar otras labores*, se incrementa el nivel de afectación de caries. Excusas como *llegar muy tarde*,

llegar muy cansados al hogar o tener que ocuparse de otras labores de la casa han originado niveles de afectación destacables. Información que se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 33
Hábitos de higiene bucal

| Hábitos de higiene bucal | | Nivel de afectación de caries dental | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|-------|------|-------|----------|-------|--------|-------|-------|------|
| | | Nulo | | Bajo | | Moderado | | Severo | | Total | |
| | | n | % | N | % | n | % | n | % | n | % |
| Manejo del tiempo para el cepillado** | Insuficiente | 51 | 64,6% | 15 | 19,0% | 11 | 13,9% | 2 | 2,5% | 79 | 100% |
| | Medio | 105 | 58,7% | 46 | 25,7% | 25 | 14,0% | 3 | 1,7% | 179 | 100% |
| | Bueno | 22 | 71,0% | 3 | 9,7% | 5 | 16,1% | 1 | 3,2% | 31 | 100% |
| Tiempo en la mañana dedicado al cepillado dental | 1 minuto | 64 | 64,6% | 20 | 20,2% | 13 | 13,1% | 2 | 2,0% | 99 | 100% |
| | 3 minutos | 92 | 58,6% | 40 | 25,5% | 22 | 14,0% | 3 | 1,9% | 157 | 100% |
| | 5 minutos | 22 | 66,7% | 4 | 12,1% | 6 | 18,2% | 1 | 3,0% | 33 | 100% |
| Tiempo en la tarde dedicado al cepillado dental | 1 minuto | 59 | 62,8% | 19 | 20,2% | 13 | 13,8% | 3 | 3,2% | 94 | 100% |
| | 3 minutos | 91 | 58,7% | 39 | 25,2% | 23 | 14,8% | 2 | 1,3% | 155 | 100% |
| | 5 minutos | 28 | 70,0% | 6 | 15,0% | 5 | 12,5% | 1 | 2,5% | 40 | 100% |
| Tiempo en la noche dedicado al cepillado dental | 1 minuto | 51 | 62,2% | 18 | 22,0% | 11 | 13,4% | 2 | 2,4% | 82 | 100% |
| | 3 minutos | 100 | 61,0% | 38 | 23,2% | 23 | 14,0% | 3 | 1,8% | 164 | 100% |
| | 5 minutos | 27 | 62,8% | 8 | 18,6% | 7 | 16,3% | 1 | 2,3% | 43 | 100% |
| Percepción del tiempo adecuado para el cepillado dental | Menos de 3 min | 56 | 66,7% | 17 | 20,2% | 10 | 11,9% | 1 | 1,2% | 84 | 100% |
| | Entre 3 y 5 min | 106 | 57,9% | 44 | 24,0% | 28 | 15,3% | 5 | 2,7% | 183 | 100% |
| | 6 min | 11 | 73,3% | 2 | 13,3% | 2 | 13,3% | 0 | 0,0% | 15 | 100% |
| | Más de 6 min | 5 | 71,4% | 1 | 14,3% | 1 | 14,3% | 0 | 0,0% | 7 | 100% |
| Uso de implementos para el aseo bucal | Cepillo y agua | 9 | 52,9% | 5 | 29,4% | 2 | 11,8% | 1 | 5,9% | 17 | 100% |
| | Cepillo y pasta | 161 | 62,2% | 55 | 21,2% | 39 | 15,1% | 4 | 1,5% | 259 | 100% |
| | Gasa húmeda | 8 | 61,5% | 4 | 30,8% | 0 | 0,0% | 1 | 7,7% | 13 | 100% |
| Causas de la falta de tiempo para el cepillado | No tiene excusa | 119 | 63,6% | 39 | 20,9% | 26 | 13,9% | 3 | 1,6% | 187 | 100% |
| | Llega muy tarde | 25 | 64,1% | 8 | 20,5% | 6 | 15,4% | 0 | 0,0% | 39 | 100% |
| | Llega muy cansado/a | 13 | 56,5% | 7 | 30,4% | 3 | 13,0% | 0 | 0,0% | 23 | 100% |
| | No considera necesario el cepillado | 6 | 66,7% | 1 | 11,1% | 1 | 11,1% | 1 | 11,1% | 9 | 100% |
| | Debe realizar otras labores | 15 | 48,4% | 9 | 29,0% | 5 | 16,1% | 2 | 6,5% | 31 | 100% |
| | Total | 178 | 61,6% | 64 | 22,1% | 41 | 14,2% | 6 | 2,1% | 289 | 100% |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

Por otro lado, el índice de afectación de caries dental es mayor cuando los responsables del niño han iniciado la consulta dental después de los seis meses de edad. El nivel de afectación de caries está asociado con el lugar donde se realizó la consulta dental, siendo menor la prevalencia de nivel de afectación moderado a severo en niños y niñas atendidos en la última consulta en los CDI por personal del MSP. La consulta temprana no está asociada con baja prevalencia de caries, puesto que casi 7 % de niños y niñas que fueron llevados antes de los 6 meses a consulta presentan nivel severo de afectación. La conciencia preventiva sí ha actuado en favor de reducir la prevalencia del nivel severo de afectación, que es menor a 1 % cuando la motivación para la primera consulta ha sido preventiva. Datos que se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 34
Prácticas de consulta dental

| Prácticas de consulta dental | | Nivel de afectación de caries dental | | | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------|------|-------|----------|-------|--------|------|-------|------|
| | | Nulo | | Bajo | | Moderado | | Severo | | Total | |
| | | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Edad de la primera consulta dental | Antes de los 6 meses de edad | 17 | 56,7% | 7 | 23,3% | 4 | 13,3% | 2 | 6,7% | 30 | 100% |
| | Entre 6 y 12 meses de edad | 33 | 58,9% | 11 | 19,6% | 12 | 21,4% | 0 | 0,0% | 56 | 100% |
| | Más de un año de edad | 52 | 61,2% | 21 | 24,7% | 12 | 14,1% | 0 | 0,0% | 85 | 100% |
| Motivo de la última consulta dental | Por una urgencia | 14 | 58,3% | 7 | 29,2% | 3 | 12,5% | 0 | 0,0% | 24 | 100% |
| | Para un tratamiento | 25 | 62,5% | 9 | 22,5% | 6 | 15,0% | 0 | 0,0% | 40 | 100% |
| | Certificado odontológico | 36 | 59,0% | 15 | 24,6% | 6 | 9,8% | 4 | 6,6% | 61 | 100% |
| | Por revisión/prevenición | 94 | 63,1% | 30 | 20,1% | 24 | 16,1% | 1 | ,7% | 149 | 100% |
| | Total | 169 | 61,7% | 61 | 22,3% | 39 | 14,2% | 5 | 1,8% | 274 | 100% |
| Institución donde se realizó la última consulta dental** | En un centro/puesto de salud u hospital de la red pública de salud del MSP | 43 | 59,7% | 17 | 23,6% | 11 | 15,3% | 1 | 1,4% | 72 | 100% |
| | En el Centro Infantil por personal del MSP** | 92 | 65,2% | 27 | 19,1% | 19 | 13,5% | 3 | 2,1% | 141 | 100% |
| | En un consultorio particular | 43 | 56,6% | 20 | 26,3% | 11 | 14,5% | 2 | 2,6% | 76 | 100% |

| | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------|-----|-------|----|-------|----|-------|---|-------|-----|--------|
| | Total | 178 | 61,6% | 64 | 22,1% | 41 | 14,2% | 6 | 2,1% | 289 | 100% |
| Satisfacción de la consulta dental | Nada satisfecho | 11 | 57,9% | 4 | 21,1% | 2 | 10,5% | 2 | 10,5% | 19 | 100% |
| | Poco satisfecho | 35 | 55,6% | 16 | 25,4% | 10 | 15,9% | 2 | 3,2% | 63 | 100% |
| | Satisfecho | 93 | 64,1% | 31 | 21,4% | 19 | 13,1% | 2 | 1,4% | 145 | 100% |
| | Muy satisfecho | 39 | 62,9% | 13 | 21,0% | 10 | 16,1% | 0 | 0,0% | 62 | 100% |
| | Total | 178 | 61,6% | 64 | 22,1% | 41 | 14,2% | 6 | 2,1% | 289 | 100,0% |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

** $p < 0,01$; Chi2 de independencia de proporciones

El índice de afectación de caries dental está asociado con el tiempo de reemplazo del cepillo dental, uno de cada cuatro niños y niñas tienen afectada su dentición por no realizar el cambio antes de los tres meses. El punto de inflexión está en el cambio en menos de un mes, grupo en que el nivel severo de afectación es de 0 y moderado es de apenas 4,3 %. Los datos estadísticos develan que la mayoría de niños y niñas inicia la higiene bucal entre seis meses y un año de nacido. La persona responsable del cuidado bucal del niño es, con mayor frecuencia, su madre; sin embargo, el nivel de afectación no se reduce en este grupo (16,1 % de moderado a severo), pero sí se incrementa a 37,5 % cuando se encarga *otra persona*.

Complementando, el tiempo de reemplazo del cepillo dental es, en su mayoría, entre dos y tres meses, como lo recomiendan los especialistas, pocos lo hacen en menos tiempo, otros lo hacen en más de tres meses. Se denota que las familias cambian el cepillo periódicamente sin importar su estado por disposición del CDI. Existen familias que realizan el reemplazo de cepillo cuando este lastima las encías, se ve sucio o las cerdas han perdido su forma, y es en este grupo donde se presenta afectaciones moderadas y hasta severas de caries dental. Muy pocas familias se adaptan a prácticas saludables con los niños y niñas para conservar la salud bucal.

Tabla 35

Itinerario típico personal en torno a la salud bucal del niño

| Itinerario típico personal en torno a la salud del niño | | Nivel de afectación de caries dental | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------|-------|------|-------|----------|-------|--------|------|-------|------|
| | | Nulo | | Bajo | | Moderado | | Severo | | Total | |
| | | n | % | N | % | n | % | n | % | n | % |
| Inicio de la higiene | Ocho días de nacido | 12 | 54,5% | 7 | 31,8% | 3 | 13,6% | 0 | 0,0% | 22 | 100% |

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----|-------|----|-------|----|-------|---|------|-----|--------|
| bucal en el niño o niña | Primer mes de nacido | 7 | 53,8% | 3 | 23,1% | 2 | 15,4% | 1 | 7,7% | 13 | 100% |
| | Antes de los seis meses de nacido | 9 | 45,0% | 8 | 40,0% | 3 | 15,0% | 0 | 0,0% | 20 | 100% |
| | Entre seis meses y un año de nacido | 50 | 52,1% | 25 | 26,0% | 20 | 20,8% | 1 | 1,0% | 96 | 100% |
| | Más de un año de nacido | 44 | 71,0% | 8 | 12,9% | 8 | 12,9% | 2 | 3,2% | 62 | 100% |
| | Total | 122 | 57,3% | 51 | 23,9% | 36 | 16,9% | 4 | 1,9% | 213 | 100% |
| Persona responsable del cuidado bucal del niño o niña | El principal cuidador | 142 | 61,5% | 52 | 22,5% | 32 | 13,9% | 5 | 2,2% | 231 | 100% |
| | El niño solo | 31 | 62,0% | 12 | 24,0% | 6 | 12,0% | 1 | 2,0% | 50 | 100% |
| | Otra persona | 5 | 62,5% | 0 | 0,0% | 3 | 37,5% | 0 | 0,0% | 8 | 100% |
| | Total | 178 | 61,6% | 64 | 22,1% | 41 | 14,2% | 6 | 2,1% | 289 | 100% |
| Prácticas de las familias para conservar la salud bucal | No | 126 | 59,7% | 49 | 23,2% | 31 | 14,7% | 5 | 2,4% | 211 | 100% |
| | Sí | 52 | 66,7% | 15 | 19,2% | 10 | 12,8% | 1 | 1,3% | 78 | 100% |
| Número de veces que el niño/acepilla sus dientes | 0 | 9 | 69,2% | 4 | 30,8% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 13 | 100% |
| | 1 | 21 | 52,5% | 10 | 25,0% | 9 | 22,5% | 0 | 0,0% | 40 | 100% |
| | 2 | 63 | 63,0% | 20 | 20,0% | 14 | 14,0% | 3 | 3,0% | 100 | 100% |
| | 3 | 25 | 59,5% | 8 | 19,0% | 8 | 19,0% | 1 | 2,4% | 42 | 100% |
| | 4 | 10 | 62,5% | 3 | 18,8% | 2 | 12,5% | 1 | 6,3% | 16 | 100% |
| | 5 | 50 | 64,1% | 19 | 24,4% | 8 | 10,3% | 1 | 1,3% | 78 | 100% |
| Tiempo de reemplazo del cepillo dental** | Menos de 1 mes | 15 | 65,2% | 7 | 30,4% | 1 | 4,3% | 0 | 0,0% | 23 | 100% |
| | Entre 1 y 2 meses | 35 | 67,3% | 10 | 19,2% | 7 | 13,5% | 0 | 0,0% | 52 | 100% |
| | Entre más de 2 y 3 meses | 44 | 51,8% | 22 | 25,9% | 17 | 20,0% | 2 | 2,4% | 85 | 100% |
| | Entre más de 3 y 6 meses | 32 | 65,3% | 10 | 20,4% | 6 | 12,2% | 1 | 2,0% | 49 | 100% |
| | Entre más de 6 meses y 1 año | 15 | 51,7% | 8 | 27,6% | 4 | 13,8% | 2 | 6,9% | 29 | 100% |
| | Más de 1 año | 37 | 72,5% | 7 | 13,7% | 6 | 11,8% | 1 | 2,0% | 51 | 100% |
| Razones de reemplazo del cepillo dental | Cuando las cerdas han perdido la forma | 53 | 60,9% | 21 | 24,1% | 11 | 12,6% | 2 | 2,3% | 87 | 100% |
| | Cuando se ve sucio | 18 | 60,0% | 8 | 26,7% | 3 | 10,0% | 1 | 3,3% | 30 | 100% |
| | Cuando lastima la encía | 23 | 65,7% | 7 | 20,0% | 5 | 14,3% | 0 | 0,0% | 35 | 100% |
| | Periódicamente sin importar su estado | 84 | 61,3% | 28 | 20,4% | 22 | 16,1% | 3 | 2,2% | 137 | 100% |
| | Total | 178 | 61,6% | 64 | 22,1% | 41 | 14,2% | 6 | 2,1% | 289 | 100,0% |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

La cantidad de pasta dental es importante, niños y niñas que comen bastante o muchísimo han producido afectaciones moderadas y severas siendo notable el 19,3 % de afectación moderada se origina cuando el infante come bastante. El uso de biberón ha producido el 19,5 % de afectación moderada. La presencia de hábitos nocivos, como morderse los labios a diario, origina 14,3 % de afectación severa; chuparse los dedos a diario, 18,2% de afectación moderada. Datos que muestran que el consumo de pasta dental, el uso de biberón, los malos hábitos (morderse los labios, chuparse el dedo) son procesos destructivos de la salud bucal. Afirmaciones que se reconocen en la siguiente tabla.

Tabla 36
Hábitos nocivos del niño/a

| Hábitos nocivos del niño o niña | | Nivel de afectación de caries dental | | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------|-------|------|-------|----------|-------|--------|-------|-------|--------|
| | | Nulo | | Bajo | | Moderado | | Severo | | Total | |
| | | N | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Cantidad de pasta dental que come el infante | Muchísimo | 4 | 66,7% | 2 | 33,3% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 6 | 100% |
| | Bastante | 14 | 53,8% | 7 | 26,9% | 5 | 19,2% | 0 | 0,0% | 26 | 100% |
| | Algo | 30 | 55,6% | 15 | 27,8% | 9 | 16,7% | 0 | 0,0% | 54 | 100% |
| | Un poco | 69 | 66,3% | 21 | 20,2% | 12 | 11,5% | 2 | 1,9% | 104 | 100% |
| | Nada | 61 | 61,6% | 19 | 19,2% | 15 | 15,2% | 4 | 4,0% | 99 | 100% |
| Uso de biberón | Sí | 23 | 56,1% | 9 | 22,0% | 8 | 19,5% | 1 | 2,4% | 41 | 100% |
| Frecuencia con que muerde los labios el niño o niña | A diario | 4 | 57,1% | 2 | 28,6% | 0 | 0,0% | 1 | 14,3% | 7 | 100% |
| | Esporádicamente | 58 | 62,4% | 20 | 21,5% | 14 | 15,1% | 1 | 1,1% | 93 | 100% |
| | Nunca | 63 | 60,0% | 27 | 25,7% | 13 | 12,4% | 2 | 1,9% | 105 | 100% |
| | No se ha dado cuenta | 53 | 63,1% | 15 | 17,9% | 14 | 16,7% | 2 | 2,4% | 84 | 100% |
| | Total | 178 | 61,6% | 64 | 22,1% | 41 | 14,2% | 6 | 2,1% | 289 | 100% |
| Frecuencia con que se chupa el dedo el niño o niña | A diario | 14 | 63,6% | 4 | 18,2% | 4 | 18,2% | 0 | 0,0% | 22 | 100% |
| | Esporádicamente | 49 | 55,7% | 24 | 27,3% | 13 | 14,8% | 2 | 2,3% | 88 | 100% |
| | Nunca | 61 | 59,2% | 24 | 23,3% | 15 | 14,6% | 3 | 2,9% | 103 | 100% |
| | No se ha dado cuenta | 54 | 71,1% | 12 | 15,8% | 9 | 11,8% | 1 | 1,3% | 76 | 100% |
| | Total | 178 | 61,6% | 64 | 22,1% | 41 | 14,2% | 6 | 2,1% | 289 | 100,0% |

Fuente: Encuesta Determinación Social. CDI AZQ (2018)

Elaboración propia

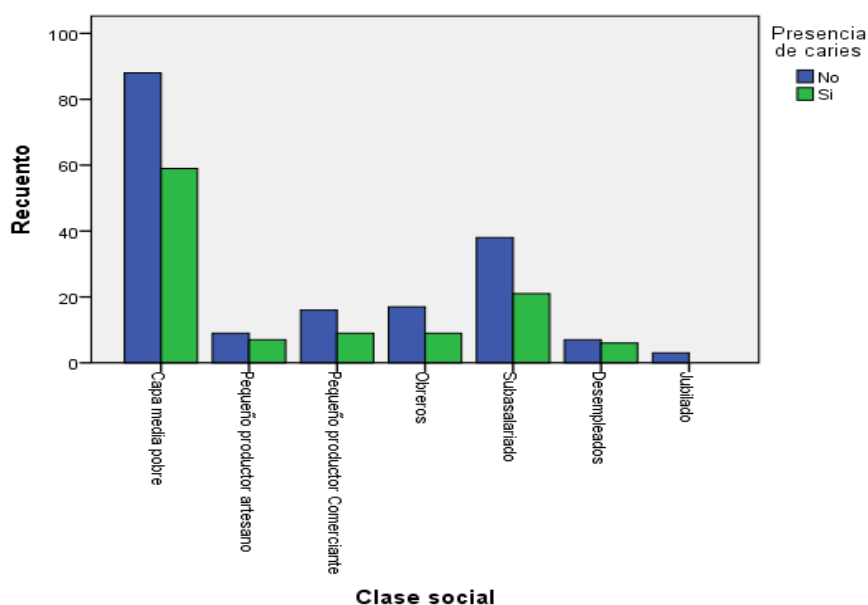
De hecho, las entrevistas revelaron la presencia de caries por uso de biberón que complica la continua labor de educadoras en coordinar un turno en el centro de salud más cercano para el tratamiento de esta patología. Afirmaciones que se sustentan en

testimonios como “el año pasado tuvimos el caso de una niña donde le hicieron dos endodoncias justo en la parte de adelante, el doctor dijo que era por el biberón, también existe caries que los papitos dejan avanzar, la salud es responsabilidad de ellos no mía, hago lo que humanamente puedo y si ya de ahí no puedo es responsabilidad de ellos” (cuidadora 12 2018, entrevista personal). “Sí hay familias que por ejemplo de lunes a viernes se les da la alimentación saludable se cumple un menú y todo eso, pero sábados y domingo les dan biberón con colada que es lo más fácil para las mamás, a los guaguas de estas mamás toca llevarles al doctor por este motivo” (Cuidadora 2 2018, entrevista personal). “Hay niños y niñas que tienen los dientes cariados, incluso tenemos en el área de bebés, niños y niñas que tienen los dientes dañados no sé cómo podríamos decir que están podridos, más que todo que les mandan con y toman bastante biberón” (Cuidadora 3 2018, entrevista personal).

5. Inequidad por desigualdades de clase social, género y etnia

La salud bucal por clase social está representada por una desigualdad donde el subasalariado caracterizado por que el principal responsable económico es jornalero o peón, trabajador por cuenta propia no profesional ni técnico, empleada doméstica, ayudante familiar sin remuneración o realiza otras actividad que no representan un salario, así como la capa media-pobre donde el principal responsable económico es un empleado de una empresa particular o pública— presenta mayores cuadros de caries dental. Clases sociales como pequeño productor artesano, pequeño productor comerciante, obreros, desempleado o jubilado, presentan similares cuadros de caries dental. Esto se presenta en el siguiente gráfico.

Gráfico 3
Salud bucal por inserción social



Fuente y elaboración propias.

Las relaciones de poder que están controladas por los hombres han establecido relaciones desiguales e inequitativas que reducen a la mujer al espacio doméstico, a roles secundarios, al sometimiento, a condiciones de insuficiencias que aparecen como naturales dentro de las relaciones de las familias que integran los CDI. Los testimonios de las educadoras ratifican lo mencionado a través de las siguientes expresiones: “una madre de familia que su esposo nunca le dejó trabajar desde que se casó, a pesar que la señora haya sido licenciada en algo ahora el esposo le va botando y la señora prácticamente como ella dice está atada de pies y manos no sabe hacer nada, nunca práctico, nunca ejerció y ahora ella tiene que salir a trabajar” (Cuidadora 1, entrevista personal). “Verá, la realidad que vivimos aquí es extrema. Hay familias estables, otras presentan problemas de maltrato, violencia de genero común para todos” (Cuidadora 2 2018, entrevista personal). “A los programas y capacitaciones solo asisten las mamás, son contados los papás que participan, sino asisten los abuelos o los hermanos mayores” (Cuidadora 3 2018, entrevista personal).

Estadísticamente se hace evidente el patrón de poder controlado por los hombres, quienes delegan las responsabilidades en un 79,6 % a la mamá del niño quien realiza principalmente el cuidado bucal del niño/a. Siendo el 73 % de las mamás quienes interactúan con el niño durante los tres momentos del cepillado, pero no así los

padres. El 70,6 %, de madres participan o interactúan frecuentemente con las educadoras, el porcentaje restante lo hacen las abuelas o los hermanos del niño.

En cuanto a la etnia en general se puede afirmar que los grupos étnicos tienen recursos que los cohesionan y se consolidan mediados por el poder. El tema de la etnia está enmarcado por el etnocentrismo y la visión biomédica que ha desconocido las historias de los barrios que conforman la AZQ. Históricamente son indígenas de migraciones procedentes de la Sierra, la mayoría originarios de las provincias de Cotopaxi y Chimborazo, que se han adaptado al mestizaje quiteño metropolitano con la pérdida de la autenticación cultural. Muestra de esto son los resultados de la encuesta realizada en los CDI que señala que un 89,60 % de familias identifican a los niños y niñas como mestizos, dejando en controversia lo que manifiesta la historia y lo que mencionan las coordinadoras de los CDI, cuyas expresiones son: “La población que asiste a los CDI son personas en vulnerabilidad, para este sector la mayoría son personas que han migrado de diferentes provincias en busca de trabajo” (Cuidadora 4 2018, entrevista personal). “El sector sur de Quito es de familias que necesitan realmente; son migrantes de provincias, aquí conjuntamente con el MIES trabajamos para sus hijos que necesitan el cuidado y la alimentación” (Cuidadora 5 2018, entrevista personal). “Sobre estos resultados y en el marco del realismo dialéctico y la reproducción social, la matriz de poder establecida según la distribución, acumulación de bienes y riquezas, el sistema de producción-consumo y las estructuras de poder, genera inequidad, mediada por los tres procesos de clase, género y etnia.

6. El perfil de la determinación social

En este apartado se relaciona la atención en salud bucal de los centros de la AZQ y la salud bucal infantil con la vida social, con las distintas dimensiones de la reproducción como son el dominio general, particular e individual, es decir, la explicación del conjunto.

Una mirada integral de la determinación social del contiguo (atención bucodental, salud bucal infantil), tiene consecuencias en la posibilidad de comprender este proceso y en el de implementar acciones orientadas a lograr una promoción y prevención profunda de las condiciones bucodentales infantiles. En este sentido, el trabajo epidemiológico indagó los procesos protectores y los que destruyen, pues a la

par que suceden procesos destructivos se le están oponiendo otros procesos protectores, tanto en la vida colectiva como en las familias y niños y niñas , en su cotidianidad.

Cabe mencionar que, para el desarrollo del perfil de la determinación social, se parte de todo lo expuesto para la obtención de la matriz de la determinación social, donde se sintetizaron los diferentes aspectos relacionados con las necesidades y las condiciones de vida de los grupos sociales y que dieron cabida a delinear los procesos destructivos en los órdenes general, particular e individual.

Tabla 37
Matriz del perfil de la determinación social

| Dominio /órdenes | Económico | | Político | | Cultural | |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Procesos protectores | Procesos destructivos | Procesos protectores | Procesos destructivos | Procesos protectores | Procesos destructivos |
| General | Inversión en el re-direccionamiento de los servicios de salud Financiamiento El fortalecimiento del talento humano, el equipamiento adecuado y la infraestructura | Esquemas de concentración en la reducción del gasto público y aumento de impuestos La mercantilización, monopolización de la salud Modelos de economía progresista (Medir el progreso por la capacidad de consumo que tienen las personas de bienes producidos por el capital) Economía de oferta Economía por demanda de productos. Informalidad laboral Recesión | Desarrollo infantil como una política pública, prioritaria y obligatoria Desarrollo bajo el paradigma del Buen Vivir Desarrollo de políticas bajo el paradigma del Buen Vivir | Planes de salud integral enfocados en la salud bucodental prematuros Planes prematuros de salud enfocados en la mirada causalistas de la salud bucodental Políticas de evaluación minimalistas que no muestran progresos claros de la aplicación del Buen vivir | La resistencia a los modelos capitalistas | Estereotipos de consumo Satisfacción de necesidades por la evolución de la demanda sistemas de poder por género Actitudes en función del sentido común Procesos de Violencia infantil generalizada |
| Particular | inversión en mecanismos de salud inclusiva | Hipercentros concentradores de riqueza Procesos de captación de flujos de capital, para generar condiciones favorables Servicios públicos que funcionan con procedimientos organizacionales y gerenciales de mercado, Gobierno local corporativo, arraigado en una cultura empresarial metropolitana | Proceso de atención con enfoque intergeneracional: Juventud y Adultos Mayores Procesos de protección Especial y discapacidades Convenios con Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) y 2 con | Gobiernos distritales sin afinidad a la cercanía ciudadana Administraciones zonales que no cuentan con políticas encaminadas a mitigar la pérdida de vínculos y relaciones comunitarias. | Procesos que promueven la cultura del cuidado bucal infantil | Comportamientos outsider (alguien que observa un grupo desde fuera), pero no les gusta la continuidad, les asusta la rutina Procesos de aprendizaje por estereotipos de género relacionado a la presencia |

| | | | | | | |
|--|--|--------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | Procesos de segregación urbana | Gobiernos Autónomos Descentralizados (GAD) | <p>El “buen gobierno” basado en una sociedad tenedora de acciones o simplemente sociedad de cartera que facilitan la gobernabilidad local</p> <p>Sistemas “débilmente acoplados” a consecuencia de una interacción descentralizada,</p> <p>Comportamiento idiosincrático de acceder a los servicios mediado por el cambio de lealtades por servicios públicos</p> <p>involución de la cohesión social</p> <p>Procesos de emulación del orden y las jerarquías de la ciudad.</p> | | <p>femenina</p> <p>Proceso de modernidad quiteña</p> <p>El desplazamiento del interés colectivo al interés individual</p> <p>Conductas etnocéntricas</p> <p>Vulnerabilidad</p> |
|--|--|--------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | | | | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Individual | Inversión en proceso de capacitación a educadoras, coordinadoras y familias | Coordinadoras y educadoras limitadas por el presupuesto anual por capacidad resolutiva irreal. Grupo de trabajo (coordinadora/educadoras) concientizado solo en función de la situación económica de las Familias. | Mecanismos de Asistencia odontológica a CDI bajo normas, técnicas protocolos y políticas que garantizan calidad, calidez, oportunidad | Baja apropiación del entorno y la participación crítica para la conservación y construcción de ambientes adecuados Débil capacidad de organizar las acciones en defensa en la salud bucal | Centros de la AZQ comprometidos con el modelo de atención | Perdida de la auto-identificación. Procesos de igualación de la conducta individual producida bajo la presión del CDI Procesos de omisión y falencias intencionales de las familias para suplir las necesidades de un niño o para proveer el cuidado Acceso a los servicios del CDI sin compromisos ni mayores esfuerzos Ambiente de indisposición a ejecutar una acción, hacia la salud bucodental Familias que perciben por problema de enfermedad (morbilidad sentida) Prolongación del uso de biberón Entorno que propician los malos hábitos en el cepillado |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | | | | Familias despreocupadas por invertir en la salud bucodental del núcleo familiar y adquirir conocimientos. Familias con estilos de vida que adoptan las culturas modernas Familias que invierten más enfocados en la imagen que en su salud bucal |
|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fuente y elaboración propias

6.1. Procesos críticos que se contraponen con la salud bucal

A continuación se detalla el contenido de la Matriz del perfil de la determinación social con sus respectivos dominios (particular e individual) y órdenes (Económico, Político, cultural). Así entonces en relación con los procesos críticos en el dominio general de la determinación social de la caries dental en la primera infancia en Ecuador y su atención en los CDI, debemos mencionar la tendencia hacia la mercantilización y monopolización de la salud, consecuente con el capitalismo en su etapa neoliberal que marcan la orientación en las políticas económicas y de salud del país y que se identifican en las siguientes expresiones.

La mercantilización y monopolización de la salud y, en general, de los servicios sociales, se hacen notables a través del sistema único de salud de atención básica cuyo rector es el MSP, que se caracteriza por ser un sistema mixto (puesto que comprende la Red Pública gestionada por el MSP, los sistemas de seguridad social y toda la red de servicios privados más una pequeña fracción de servicios comunitarios, fundaciones,

etc.). Este sistema segmentado y fragmentado todavía demanda gastos elevados de bolsillo de parte de los usuarios, lo que muestra un comportamiento regresivo, que impacta con mayor fuerza en la población de menores recursos. Donde la población más vulnerable es atendida por la red pública de salud y la clase media alta utiliza los servicios de seguros médicos privados (Giovanella et al. 2012, 442-5).

De esta manera, intereses políticos y económicos han ahondado la brecha por avanzar hacia la cobertura universal, estipulada y especificada en los art. 362 y 363 de la Carta Magna (Fuentes 2016, 63).

Resumiendo lo que manifiesta León (2017, 43) la actual estructura económica capitalista del país mide el progreso por la capacidad de consumo que tienen las personas de bienes producidos por el capital, sin tomar en cuenta a sociedades o comunidades que realizan una economía solidaria y tienen acceso a otro tipo de bienes comunes que les permiten gozar de una adecuada calidad de vida.

Si bien son numerosos los agentes que intervienen en la remodelación geográfica territorial, en la actualidad el capital y el Estado son los principales agentes sistémicos que intervienen en el paisaje de la acumulación que evoluciona constantemente, estimulado principalmente por las necesidades especulativas de nueva acumulación y solo secundariamente atendiendo a las necesidades de la gente (Harvey y Madariaga 2012, 156).

El territorio de los Estados-nación son una configuración espacio-temporal moldeada para la acumulación de capital. Sin embargo, como señala Harvey y Madariaga (159), los sistemas políticos no solo obedecen a la acumulación de capital, sino que la voluntad del pueblo también juega un papel propio y decisivo como fuerzas contradictorias al capital. De esa manera, la consecuencia de la ideología del progreso y la modernidad producen la heterogeneidad y la diferencia, pues las inequidades territoriales son consustanciales a la acumulación de capital y fundamentales para su reproducción (170).

En torno a esto, las formas territoriales de organización prosperan con relativa autonomía, pero insertas en el proceso competitivo de acumulación. La lógica capitalista del poder se vincula al acaparamiento de “dinero en manos privadas y empresariales” con el propósito de acumular sin fin los beneficios, puesto que el dinero es ante todo una forma clave de poder social que tanto el Estado como los capitalistas ansían (175).

A decir de Torres Dávila (2016, 10) las tres últimas décadas del siglo XX estuvieron marcadas por el predominio del liberalismo individual o *neoliberalismo*, que inclinó la frontera entre lo público y lo privado hacia el mercado y la competencia, y que todavía tiene influencia sobre las políticas, los imaginarios y comportamientos colectivos que se materializan en los dispositivos de acción pública, como planes, programas, políticas y proyectos municipales, incluso hasta en las prácticas de los actores urbanos.

En el caso de Ecuador, la concentración de la economía es uno de los problemas graves que afecta de diversas formas a los programas de salud en general y más aún el de la salud bucal. En este contexto, el Modelo de Atención Integral de Salud, Intercultural Familiar y Comunitaria, todavía es disfuncional y se implementa de forma paralela al crecimiento con una tendencia a la concentración variable, incompatible con el modelo adoptado (León 2017, 48).

En Ecuador existe un sistema estratificado concordante con el acceso que tienen las personas a los recursos que está asociado al concepto de *blanco* como lo *culto*, gente de poder; luego está la antítesis de lo *blanco*: los indios y los negros, surgiendo un orden de importancia racial (Guerrero 2000, 293).

La conducción económica del gobierno actual muestra tendencias recesivas y de estímulo a la acumulación privada como lo señalan Báez (2018, párr. 6) y Unidad Debates Económicos (2018, párr. 7) la proclama de la austeridad redundante en la afectación de los procesos redistributivos vía gasto social. Al mismo tiempo, la política fiscal, a base del cobro de impuestos a nivel nacional, regional y local desalienta la inversión de la población más vulnerable y fortalece el crecimiento de los grandes empresarios que, con ayuda del Estado, crean ambientes donde se estimula la inversión privada y se generan leyes y políticas con intereses personales que desfavorecen a la clase social obrera que busca el sustento económico en dependencia de estas grandes empresas. Muestra de este comportamiento es la perspectiva de oferta y demanda que mantiene el Estado ecuatoriano que maneja la plusvalía en favor de sus intereses (párr 3).

El modelo recesivo actual ha depositado su orientación hacia el gasto público que demanda generar producción de servicios y de capital, que ha inmerso a las instituciones en un ambiente de acciones desmesuradas bajo la tutela del Estado y estas mantienen su ritmo de producción de servicios y atención, pero reducen sus costos operativos, aparentando una cobertura de servicios sin eficiencia y calidad (párr. 9).

Para Báez (2018, párr. 2), las grandes empresas de servicios como construcción, seguros, vivienda, entre otros, ven una oportunidad en la demanda de sus servicios por el gasto que realiza el Estado ecuatoriano para satisfacer las necesidades de la población ecuatoriana, que necesitan prioritariamente lugares donde habitar, servicios de salud en un país cada vez más empobrecido.

Las políticas de corte neoliberal ajustadas a la globalización se respaldan en una amplia normativa desregularizadora y privatizadora que propugnaron el ensanchamiento de las responsabilidades públicas en los gobiernos seccionales, a costa de la reducción de las funciones reguladoras del gobierno central y la privatización de los servicios públicos (Carrión 2003, 91). Por otro lado, según reflexiones de Jiménez et al. (2017, 136), el sistema de salud ecuatoriano ha estado bajo constantes cambios, principalmente debido a las transformaciones estructurales del modelo económico y de desarrollo, que han estado ligadas a las tres últimas constituciones que han regido en el país, promulgadas en los años de 1979, 1998 y la nueva Constitución aprobada en el año 2008. Cada cambio constitucional se ha correspondido con momentos críticos que ha tenido que atravesar el Estado ecuatoriano. En el sector de la salud estos cambios se expresaron, en especial, en los artículos 32 y 34 de la Constitución de 2008.

Sin embargo, para Maldonado et al. (2010, 5) existió la transformación social hacia la gratuidad, al margen de la real posibilidad de su ejecución en un país sin posibilidades de pleno empleo, sin un sistema de tributación adecuado y sujeto a una dinámica capitalista dependiente, esto implicaba retomar la vieja idea de compensar, por medio de la intervención estatal, una desigualdad histórica y estructural latente desde hace mucho tiempo, pero que no se convertía en una realidad.

En el año 2007 se crearon varios organismos de salud que llegaron a desarrollarse hasta conformar el actual modelo de atención con enfoque familiar comunitario e intercultural denominado MAIS, que busca garantizar los derechos de salud y cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir para el beneficio de los ecuatorianos, primando la salud integradora del conjunto individuo, familia, comunidad y entorno (EC Ministerio de Salud Pública 2012, 112).

Sin embargo, el modelo MAIS como tal ha originado diversos problemas de operatividad que no han dejado que este sistema avance rápidamente hacia la cobertura universal y cobije de manera efectiva los mandatos constitucionales de los arts. 362 y 363 de la Carta Magna (120).

Para cumplir con los desafíos que demanda la nueva Constitución, se adopta un modelo de descentralización y desconcentración con la siguiente estructura territorial expresada en la figura que se muestra a continuación.



Fuente: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (2016)

Elaboración: DMQ

Por otro lado, el modelo intercultural (MAIS) no ha conseguido organizarse porque en la práctica la prevalencia del enfoque monocausalista ha ocasionado que las instituciones anexas a la red de salud pública (MSP) repliquen este modelo hasta las unidades más básicas de atención. Su modelo de referencias con la red complementaria que apoya, a través de servicios privados, se ha saturado. El primer y segundo nivel de atención de la red pública de salud responden a la lógica social de una atención dedicada para personas de escasos recursos que ameritan mediaciones de salud locales a corto plazo, provocando que la base de la epidemiología de una enfermedad concurrente no sea la adecuada al contorno epidemiológico de cada sector atendido en la población ecuatoriana (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud 2016, párr. 47).

Históricamente, la práctica odontológica se caracterizaba por ser individualista, compleja, costosa, con evidente dependencia en lo tecnológico, con servicios de baja cobertura y alto costo, orientados a una restauración limitada y no hacia la atención integral de la salud. Desde la creación del Ministerio de Salud Pública, el 16 de junio de 1967, se consideró a la salud estomatológica como parte fundamental de la salud integral de las personas. A partir de ello se crean los Departamentos de Odontología Rural y se estructura la Comisión Nacional de Odontología como un espacio alternativo de discusión de la odontología ecuatoriana (EC Ministerio de Salud Pública 2009, 6-7).

En el año 1978 se crea la División Nacional de Odontología, que consigue la asignación presupuestaria para el desarrollo de los programas orientados a proporcionar agua potable clorurada a la mayor parte de la población. Se refuerzan los programas de higiene y educación, se permite incorporar a las comunidades marginadas a los beneficios de medidas preventivas de eficacia reconocida y a impulsar programas para formar personal de salud dentro de los criterios de calidad, productividad y cobertura (9). Toda esta dinámica logra el reconocimiento, en el año 1986, de la odontología como área de atención importante en la salud, incentivando a crear la Dirección Nacional de Estomatología que desempeñó el rol de ente rector de la odontología pública hasta el año 2003, cuando se definen los productos y la estructura orgánica por procesos por direcciones provinciales, hospitales y áreas de salud pública (10).

Hasta el año 2008, el MSP elabora normas y procedimientos de atención de salud bucal. En 2009 se elabora el Plan de Salud Bucal, dentro del nuevo modelo de atención integral de salud, intercultural familiar y comunitaria (MAIS) con el enfoque del concepto del Buen Vivir. A pesar de que la calidad y la disponibilidad de la atención dental ha mejorado mucho en las últimas décadas, la atención de la salud oral parece seguir siendo deficiente en el sistema de salud nacional (Calle 2018, 174).

En la Ley de Régimen para el DMQ (distritos, zonas), se plasman tres ámbitos: la sociedad, los gobiernos autónomos descentralizados (GAD) y la autoridad. La sociedad quiteña se organiza históricamente bajo un patrón social que sigue un orden jerárquico, de linaje colonial, por el que se establecen las relaciones de las personas, los grupos y las clase sociales con poder, este orden jerárquico fija los rangos dentro de los cuales puede darse la movilidad social; cuando esta ocurre por fuera de lo establecido y altera el orden, sus agentes son removidos (Torres 2016, 96). Los GAD asumen un modelo organizativo igualmente jerárquico, con rangos de responsabilidades definidas e infranqueables. La autoridad que se ejerce en paralelo con la hegemonía se genera en la cúspide del sistema y se despliega en sentido descendiente a los demás estamentos de la institucionalidad metropolitana, con la persuasión a la ciudadanía de una promesa de bienestar en el distrito metropolitano, apoyándose en el manejo mediático de mensajes y símbolos gubernamentales (Torres 2018, 98).

El plan de descentralización ha requerido un modelo empresarial con empresas y corporaciones metropolitanas siendo la condición de la operación municipal, bajo el eslogan *eficiente, transparente y con resultados*, pues el buen gobierno de la ciudad se asocia con la creación de corporaciones y otros entes públicos-privados que facilitan la

gobernabilidad local. De ahí la idea de unificar lo público y lo privado por medio de las corporaciones, que son entidades de derecho privado, y de la creación de empresas públicas, privadas o mixtas (Custode 2001, 40-2).

Con esta mirada se ampliaron las funciones de las administraciones zonales, entes desconcentrados de la gestión municipal, que asumieron la dirección de las dependencias municipales zonales, la planificación y ejecución de proyectos de desarrollo territorial, la administración y el cuidado de los bienes municipales y la coordinación con las empresas metropolitanas para la prestación de servicios. Sin embargo, el alcance real de la capacidad operativa de la red de servicios públicos está limitada por los bajos presupuestos de inversión asignados (Vallejo 2009, 110-12).

Estudios realizados por Torres (2016,74-6; 2018,40-3) mostraron la complejidad de las gestiones del municipio capitalino en contextos urbanos de heterogeneidad social y diversidad cultural, a pesar de lo cual representó un esfuerzo institucional relevante en la democratización del Distrito Metropolitano y en el ejercicio de gobernabilidad que logró acoplarse a la estructura organizacional de las administraciones zonales, aunque faltó mayor apropiación de la población de los dispositivos participativos que se limitaron a la planificación y proposición, pues no se avanzó en la decisión y el control de las políticas metropolitanas.

No obstante, el movimiento barrial capitalino, en un escenario urbano sellado por el progreso, la modernidad capitalista y coyunturas de relevancia pública, expresó las expectativas de integración urbana junto al cuestionamiento de la segregación desde el antagonismo de la diferencia, llevando a la colectividad a un proceso percepción-conciencia-acción moderna, que emula la cultura del orden en la ciudad, enfocado en la necesidad generalizada de la población de reeditar el estatus social de los privilegios urbanos, institucionalizada por el poder local que asume la segregación como algo propio al crecimiento urbano que también discrimina a la diferencia cultural, alejándola de los primados lugares urbanos hacia los márgenes de la ciudad (Torres 2018, 167).

Los movimientos sociales quiteños están en un momento de retroceso, frente a lo que fueron las décadas pasadas donde se notaba una efervescencia social. Este retroceso conlleva repercusiones como lo que refiere este autor: “La gente ya no se reúne, la práctica de reunirse por la noche o fines de semana ya no es común, hoy cada vez la gente está enchufada a las redes virtuales y el impacto es que se construye un tipo de sociedad con una pérdida del sentido de humanidad” (251).

A decir de Parga (2010, 65-8) la cultura del consumo, propia de la globalización capitalista, ha tenido un efecto de ocultar las desigualdades socioeconómicas, puesto que incentiva el consumo en los pobres, sin dejar de ser pobres; estimulando el consumo de la clase media, a la vez imposibilitando que la clase media reconozca su empobrecimiento y la disminución de su poder adquisitivo. Por otro lado, esta misma cultura de consumo ha llevado a homogenizar las desigualdades sociales. La persuasión y las imposiciones de consumo por medio de publicidad han eliminado las inspecciones colectivas y los objetos comunes de la sociedad, es así que la misma sociedad ha creado estereotipos de consumo.

El consumismo ha creado colectivos que demandan bienes y servicios, no en función de la satisfacción de las necesidades básicas o auténticas, sino como respuesta a la satisfacción de deseos promovidos desde los oferentes, que envían mensajes dirigidos a la subjetividad de las personas, siendo esta la matriz propia de la economía de mercado (EC Conferencia Plurinacional e Intercultural de Soberanía Alimentaria 2013, 8).

Calle (2018, 175-6) expon —sobre el consumismo— un escenario desfavorable, llevando a la salud bucodental infantil y la atención de salud bucal a un segundo plano en las prioridades de las familias, en particular la salud bucodental se entiende como cuidado personal y no como una necesidad vital, de ahí la tendencia al crecimiento de la venta de productos de higiene personal donde las cremas dentales se encuentran en las categorías de mayor peso de compra. Por otro lado, este autor menciona que la salud oral de los niños y niñas no presenta una relevancia ante la gente, relacionada con el hecho de que los pequeños cambian de dientes y que son recuperables hasta cierto punto.

En los párrafos anteriores de este acápite hemos abordado algunas expresiones que permiten constatar la injerencia de los procesos críticos del nivel estructural como aspectos centrales que generan dinámicas que profundizan las brechas entre aquellos que ostentan el poder económico y los que se encuentran en condiciones de desventaja, promoviendo la inequidad con impacto sobre los procesos críticos del nivel particular y singular de la determinación social de la salud bucal y su atención en los CDI de la AZQ.

Capítulo cuarto

Discusión y Conclusiones de la salud bucal de niños y niñas de los CDI desde el enfoque de la determinación social de la salud

1. Discusión de los resultados evidenciados

La salud y la enfermedad constituyen un producto social que se presenta en los grupos humanos de manera desigual, de acuerdo con la manera como se distribuyen los recursos de poder en la sociedad. De ahí el interés del estudio por entender las características de los patrones grupales de vida y su relación con la salud bucal de los niños de los centros de desarrollo infantil del Mies en la AZQ.

En el caso particular de los niños de los CDI, persisten grandes brechas de inequidad territorial, en la medida en que los niños y las niñas que habitan en áreas muy lejanas en cuanto a su ubicación territorial tienen la mitad de probabilidades que los de las zonas urbanas de vivir en casas con servicios públicos de energía, alcantarillado y recolección de basuras, acceso a los servicios de salud lo que conlleva una mayor probabilidad de mortalidad, desnutrición infantil y caries dental. Las condiciones materiales de vida que se derivan de la posición social de las personas definen sus posibilidades de desarrollo humano integral, así como las diferencias entre los grupos social.

En relación con estudios a nivel nacional, la mayoría de ellos no considera el enfoque de la epidemiología crítica. También existe un estudio realizado en Colombia por Sánchez y Constanza (2015, 3) que expone la determinación social de la atención odontológica en tres localidades de Bogotá, los resultados de ese estudio exponen la complejidad que representa el análisis de la determinación social de la atención odontológica e ilustra la necesidad de un marco interpretativo diferente que supere las limitaciones de la epidemiología clásica, resultando en la identificación de procesos críticos en el orden económico, político y cultural, en los dominios singular, particular y general, que subsume la atención odontológica en torno al predominio de procesos destructivos en todos los órdenes y dominios evaluados para determinar las limitaciones en contra de la caries dental. Contexto que es similar a lo reportado en la Salud Bucal de los niños que asisten a los centro de desarrollo infantil del Mies en la Administración Zonal Quitumbe, donde también la preponderancia de los procesos destructivos en todos los órdenes y dominios de la determinación social del componente de atención de salud bucal han explicado todo el contexto alrededor de las limitaciones en contra de la

caries dental invitándonos a reflexionar sobre la importancia de ver un individuo desde una mirada integral, con enfoque humanitario y solidario.

Otro estudio realizado por Franco, et al. (2016) en Colombia acerca de *Inequidades en salud de la primera infancia en el municipio de Andes, Antioquia* mediante un estudio descriptivo para estimar las desigualdades en salud de la primera infancia determinó que persisten las inequidades en la salud de la primera infancia. De manera particular el estudio concluye que existen desigualdades por modos de vida, en el desarrollo infantil y en la experiencia de caries dental; más grave en los niños de las familias subasalariadas. Las disparidades constituyen inequidades sociales, puesto que son producto de las condiciones de vida que les son impuestas a los grupos humanos de acuerdo con su posición social. Resultados que son similares a los reportados en esta investigación que reportó la capa media-pobre así como clases sociales como pequeño productor artesano, pequeño productor comerciante, obreros, desempleado o jubilado, cuadros de caries dental. Así como también diferencias de afectación de caries dental por modos de vida y clase social.

2. Conclusiones

2.1. Aspectos relacionados con los procesos críticos del orden económico, político y cultural de la salud bucal

Se reconocen las condiciones relacionadas con el dominio general que, desde el orden económico, evidencian modelos de acumulación basados en la mercantilización, monopolización de la salud y en general de los servicios sociales que se hacen notables a través del sistema único de salud de atención básica gestionado por el MSP.

El capitalismo se ve expresado por la actual estructura económica del país que ha contextualizado a este en medir el progreso por la capacidad de bienes producidos por el capital, sumado al predominio del liberalismo individual o neoliberalismo, que inclinó la frontera entre lo público y lo privado hacia el mercado y la competencia, mismo que todavía tiene influencias sobre políticas, imaginarios y comportamientos colectivos que se materializan en los dispositivos de acción pública, como los planes, programas, políticas y proyectos municipales que afectan incluso las prácticas de las coordinadoras y educadoras de los CDI.

El modelo económico recesivo ha influenciado en la dinámica del componente de atención de salud bucal de los CDI. En el orden político, la evidente política de corte neoliberal, la globalización del Estado ecuatoriano y el modelo de modernización han convertido las instituciones públicas en empresas estatales que aseguran productividad sacrificando servicios de calidad. Una política reduccionista del Estado que ha sumido a la atención de salud en una disimulada trampa de la transformación social de gratuidad, al margen de un país sin posibilidades de pleno empleo, sin un sistema de tributación adecuado y sujeto a una dinámica capitalista dependiente.

En el orden cultural, el individualismo, eurocentrismo y patriarcado incentivan la apropiación indebida de poder que se refleja en la triple inequidad (de género, etnia y clase social) con patrones de dominación, que naturalizan las condiciones de inequidad, esto sumado a la cultura de morbilidad sentida como patrón típico de los ecuatorianos respecto a la salud dental. También existen evidencias concluyentes que reconocen, en el orden particular, la emulación de patrones capitalistas que generan condiciones favorables para una nueva acumulación de capital. Las administraciones zonales del DMQ están inmersas en una continua emulación con otros gobiernos seccionales (GAD, Distritos) de similar condición, por atesorar mayor capital e inversión dentro de sus fronteras, volviéndose la acumulación el objetivo estratégico de la gobernabilidad local.

Esto se agudiza mediante la modernización del DMQ (distritos y zonas) que ha originado una cultura empresarial metropolitana, convirtiendo a las entidades públicas en organismos que funcionan con procedimientos organizacionales y gerenciales de mercado, pero no desde la parte social.

En relación con el nivel de afectación de la caries dental por territorio, modos de vida, clase social, estilos de vida, este estudio lleva a concluir que el nivel de afectación es similar en relación con el territorio. El soporte familiar fuera del CDI influye en la exposición de las caries a pesar de la evidente participación de la madre en el cuidado del niño. La participación de diferentes actores (abuelos, tíos, hermanos) en el cuidado del niño fuera del CDI ha conllevado una incidencia en el nivel de afectación. La clase social mantiene una relación con la afectación de caries dental. Sobre la participación en espacios de organización y decisión, muy pocas familias son participativas, sin embargo, conocen y se capacitan en salud bucal; pero estas acciones no están provocando el impacto deseado en el nivel de afectación de caries dental. El conocimiento esencial en las familias es bueno, pero no están asociadas al nivel de afectación de caries, concluyendo que el mecanismo de capacitación que favorece a

coordinadoras, educadoras y familias, proporcionado por el MSP, no contempla la realidad de este grupo de actores y sus necesidades respecto de la salud bucal.

El manejo del tiempo para el cepillado juega un rol importan en la salud bucal infantil, su nivel de afectación se debe a excusas como llegar muy tarde, llegar cansados al hogar o tener que ocuparse de otras labores de la casa. Por otra parte las educadoras se han involucrado en este aspecto facilitando a las familias su responsabilidad sin embargo estas se han descuidado, llegando a ser dependientes de las acciones de las educadoras del CDI con respecto a la salud bucal del niño/a. Las prácticas de cepillado influyen al momento de valorar la afectación de caries dental, dentro de estas la consulta dental y el tiempo de reemplazo del cepillo dental hacen una diferencia.

En correspondencia a la vulnerabilidad de las parroquias de la AZQ (La Ecuatoriana, El Tránsito, Ciudadela Ibarra, Martha Bucaram), la fragilidad entre barrios está afectando a los CDI Claudia Beltrán, Démonos la Mano Amigos y Orquídeas, a su vez afecta en la economía del hogar. La falta de tiempo para la atención de la salud bucal del niño/a tiene que ver con la vulnerabilidad entre barrios produciendo circunstancias en las familias en torno a la salud bucal por la falta de tiempo y el cansancio de los responsables del niño. La vulnerabilidad del barrio está incidiendo en los patrones de consumo de servicios dentales, en el inicio de la higiene bucal, en los malos hábitos del niño, en particular morderse los labios con frecuencia.

A través de los procesos protectores y destructivos en el orden económico, político y cultural, en los dominios general, particular e individual, el estudio devela y concluye leyes, normas y procedimientos de atención pública lentos, provocando una débil apropiación de los dispositivos participativos por parte de la sociedad, que no avanza en la decisión, el control y la apropiación de las políticas y que sumerge también a coordinadoras, educadoras y familias que no fortalecen el componente de la atención de salud bucal de los centros de la AZQ. Económicamente, la segregación urbana, la modernización capitalista, las encomias urbanas de servicio con enfoque corporativo mercantilista han delimitado la salud bucal en los CDI.

Los CDI y la atención sanitaria preventiva donde está el componente de atención de salud bucal están afectados por la cultura de la modernidad quiteña, que ha inducido cambios en el tiempo de prácticas de salud bucal (cepillado, asistencia consulta dental, hábitos alimenticios). Añadido a esto, el modelo de desarrollo metropolitano ha llevado a las comunidades de la AZQ a un ambiente de eliminación de todos los elementos

característicos de este sector: destrucción de rasgos de estas comunidades en función del desarrollo metropolitano.

Las restricciones adicionales en las políticas de personal como la remuneración o los despidos, los insuficientes mecanismos para compras de material y asignación de partidas presupuestarias, como parte de restricciones presupuestarias blandas en los CDI, ha conllevado a coordinadoras y educadoras a otorgar menos importancia a la salud bucal en un escenario de familias conformistas, renuentes con una cultura de facilismo con baja capacidad de organización para reconocer factores de riesgo o preventivos sobre las caries dentales en infantes que consumen alimentos no saludables o usan biberón, produciendo caries por biberón y problemas de masticación.

Reflexionar acerca de los procesos protectores y destructivos del orden económico, político y cultural, identificados en relación con el fenotipo, contribuyeron a configurar el perfil de la determinación social del componente de atención en salud bucal de los CDI, avizorando el predominio de los procesos destructivos en todos los órdenes y dominios que explican las limitaciones en contra de la caries dental.

2.2. Aspectos relacionados con la vulnerabilidad del barrio

La investigación concluye que los niños y niñas que viven en barrios de mejores condiciones habitan en El Tránsito, Ciudadela Ibarra, Martha Bucaram. Sin embargo, La Ecuatoriana es el barrio con peores condiciones. Es notoria la diferencia en la presencia de familias indígenas y afroecuatorianas por tipo de vulnerabilidad del barrio. En efecto, los barrios con vulnerabilidad mediana concentran proporciones mucho más altas de niños y niñas indígenas y afroecuatorianos que en los barrios con baja vulnerabilidad. Respecto a las condiciones de vivienda, este estudio concluye que hay mayor proporción de familias en viviendas arrendada en barrios de media vulnerabilidad, donde se evidencia 48,2 % de hacinamiento. Existen mayores tasas de disponibilidad de servicios básicos en los barrios de mejores condiciones (baja vulnerabilidad) que en los de menores condiciones (vulnerabilidad media). Una baja disponibilidad de comunicación telefónica se observa en barrios de peores condiciones con respecto a los demás servicios básicos en barrios de similar condición.

La composición familiar señala que existe una mayor proporción de familias nucleares en los barrios de peores condiciones (vulnerabilidad media), donde hay mayor proporción de madres que duermen con sus niños y niñas, en barrios de baja y media

vulnerabilidad. Más abuelos y hermanos cuidan del niño cuando este no es asistido por los CDI en barrios de peores condiciones que en barrios de mejores condiciones. Existe un mayor porcentaje de responsables del niño que corresponde al nivel secundario de educación entre 18 y 28 años de edad, tanto en barrios de media como de baja vulnerabilidad. Pero hay mayor tasa de universitarios en barrios de baja vulnerabilidad.

Respecto a la inserción social, existe una proporción significativa de familias en clase social media, tanto en barrios de mejores condiciones de vida o de vulnerabilidad media. Sin embargo, se observan mayores tasas de clases sociales de pequeño productor artesano, pequeño productor, subasalariado, en barrios con peores condiciones de vulnerabilidad.

Así también existe una fuerte proporción de responsables económicos donde sobresale el empleo en empresas particulares o públicas, tanto en barrios de baja como de media vulnerabilidad. Pero en los barrios de vulnerabilidad media hay mayor concentración de capas de actividades de menor formalidad (artesanos, comercio, subasalariado, empleada doméstica, trabajadora familiar sin remuneración fija, ama de casa). Con respecto a la función del responsable económico, la mayoría hace el trabajo, muy pocos dirigen u organizan el trabajo de otros, en barrios de baja y media vulnerabilidad. En cuanto a los medios de producción, la mayoría posee herramientas y máquinas, muy pocos mercaderías y casi nadie posee terrenos, existiendo patrones diferentes por barrios donde se evidencian medios de producción como herramientas, locales y máquinas en barrios de baja vulnerabilidad, así como mercadería y terrenos en barrios de vulnerabilidad media.

En relación con el acceso a la atención de salud bucal, se concluye que hay una proporción importante de responsables económicos del hogar que trabajan en relación de dependencia y que utilizan los servicios sociales de la red de salud pública, tanto en barrios de baja o media vulnerabilidad. También, la participación en espacios de organización y decisión es baja, sin embargo, se observan mayores tasas de asistencia a liga barrial deportiva, comité barrial y asociación de trabajadores, en barrios de mejores condiciones (baja vulnerabilidad) que en los de menores condiciones (vulnerabilidad media). La asistencia a grupos religiosos y grupos culturales se da en barrios de vulnerabilidad media.

El conocimiento y la comprensión de padres y madres responsables del niño/a sobre salud bucal es medio en barrios de mejores, reconociendo a este como un proceso protector ante la salud bucal. En las prácticas de salud bucal, la mayoría de familias

ocupan tres minutos de su tiempo para realizar el cepillado dental del niño o niña en los tres momentos de la salud bucal, tanto en barrios de media como de baja vulnerabilidad, sin embargo, en barrios de condiciones deficitarias se utilizan menos de tres minutos.

El uso mayoritario (89,6 %) de cepillo dental y pasta dental en la higiene bucal del niño se observa tanto en barrios de baja como de media vulnerabilidad. La falta de tiempo y el cansancio de los responsables del niño como irresponsabilidad ante la atención de la salud bucal se originan en barrios de baja y media vulnerabilidad. Inicios de consulta odontológica en más de un año de nacido del niño/a se dan en los barrios de condiciones deficitarias, dando a entender que los responsables priorizan la higiene bucal cuando se integran a los CDI.

La persona responsable del cuidado bucal del niño es principalmente su madre (81,4%), en barrios de baja y media vulnerabilidad. Pero el 20 % de niños y niñas hacen su higiene bucal sin asistencia de su madre en barrios de vulnerabilidad media. De los niños que están iniciando la actividad de cepillado, la mayoría cepilla sus dientes al levantarse, después del desayuno, después del almuerzo, antes de acostarse o al menos una vez al día, tanto en barrios de vulnerabilidad media como baja.

El 8,2 % que cambian el cepillo dental en más de 6 meses lo hacen en barrios de vulnerabilidad media. La tasa más alta de consumo (7,10 %) de pasta dental se tiene en barrios de condiciones deficitarias. El 17,6 % de niños y niñas siguen usando biberón en barrios de condiciones desfavorecidas (media vulnerabilidad). La frecuencia diaria de morderse los labios se observa en mayor proporción (38,8 %) en niños y niñas de barrios de mayor vulnerabilidad, reconociendo los malos hábitos enunciados como procesos destructores que se opone a la salud bucal.

2.3 Aspectos relacionados con el nivel de afectación de caries dental

La investigación concluye que las condiciones de vida deficitarias de los hogares y las condiciones de cuidado del niño están relacionadas con la incidencia de caries, evidenciando procesos protectores en las mejores condiciones de vivienda. Las familias que viven en cuartos de inquilinato y que arriendan han originado afectaciones moderadas y hasta severas. Con respecto al soporte familiar se concluye que niños y niñas que están al cuidado del padre u otro familiar han originado afectaciones a nivel severo y moderado, indicando que el soporte proporcionado por el padre u otros familiares se ha trastocado en procesos destructivos de la caries dental. Por otro lado, en

las familias monoparentales se presentan los niveles más altos de afectación moderada a severa (23,7 %).

La posición del niño en la familia incide en el nivel de afectación de caries dental, los segundos hijos tienen menos afectación que los primeros. Cuando los cuidadores tienen educación superior, los índices bajan sensiblemente así como en casos de padres más adultos (29 años o más), mientras que en los casos de padre o madre adolescente se presentan los mayores niveles de afectación severa.

En relación con la inserción social, el estudio concluye que en familias obreras, subasalariadas y de pequeño comerciante, se da el mayor nivel de caries dental. El nivel de afectación es más alto en hogares con ingresos menores al salario básico. Cuando la mamá es la principal responsable económica existe una mayor tasa de afectación. Por otro lado, se concluye que en la capa media-pobre se dan afectaciones moderadas y hasta severas considerables.

Con respecto a la participación en espacios de organización y decisión, se deduce que se encuentran relacionados con el nivel de afectación de caries dental, llevando a señalar que la participación origina un proceso protector en contra de la caries dental. El conocimiento se relaciona con afectaciones bajas, llevando a concluir que el conocimiento es un proceso protector.

Existe una clara alerta sobre el manejo del tiempo para el cepillado, el tiempo del que dispone la mayoría de responsables directos del niño/a en la mañana, tarde y noche para el cepillado es menor de tres minutos. Persisten padres, madres u otros familiares que ocupan poco tiempo para esta actividad, conllevando a que 1 de cada 6 niños y niñas tengan probabilidad de presentar caries dental. La falta de tiempo y el cansancio de los responsables son factores que influyen en el tiempo adecuado para la salud dental del niño fuera de la asistencia de los CDI. Muy pocos acogen las recomendaciones de los especialistas que indican que la higiene bucal se inicia desde el momento del nacimiento y continúa con el momento que aparece el primer diente, esto a los tres meses cuando se introduce la actividad del cepillado, acciones negativas que han trascendido en la afectación por caries dental. Es destacable mencionar que el uso de cepillo y agua sola sí incide en un mayor deterioro de la salud bucal, mientras tanto, el uso de implementos adecuados (cepillo y pasta) no está marcando una mejora notoria en el nivel de salud bucal.

El índice de afectación de caries dental es mayor cuando los responsables del niño han iniciado la consulta dental después de los seis meses de nacido. El nivel de

afectación de caries está asociado con el lugar donde se realizó la consulta dental, siendo menor la prevalencia de nivel de afectación moderado a severo en niños y niñas atendidos en la última consulta en los CDI por personal del MSP.

Con respecto a los hábitos, la cantidad de pasta dental que come el infante ha producido afectaciones moderadas y severas siendo notable que el 19,3 % de afectación moderada se origina cuando el infante come bastante. El uso de biberón produce el 19,5 % de afectación moderada. La presencia de hábitos nocivos como morderse los labios a diario ha originado 14,3 % de afectación severa; chuparse los dedos a diario, 18,2 % de afectación moderada. Datos que muestran que el consumo de pasta dental, el uso de biberón y los malos hábitos (morderse los labios, chuparse el dedo) son procesos destructivos de la salud bucal.

A todo lo mencionado se suma el conformismo y facilismo, la renuencia presente en padres y madres responsables del niño que dejan la mayor parte de responsabilidad de la salud bucal de estos al grupo de trabajo de coordinadoras y educadoras, que no encuentran los mecanismos adecuados para incentivar la corresponsabilidad que deben llevar las familias integradas a los CDI.

3. Recomendaciones en torno al enfoque de la determinación social de la salud

Con base en los procesos identificados, es imperioso a nivel particular romper con la emulación de patrones capitalistas, creando espacios de integración social que superen el pensamiento capitalista donde se incentive a formar movimientos sociales organizados que comprometan a coordinadoras, educadoras y familias a instaurar nuevos lineamientos en beneficio de la salud bucal y el afrontamiento de las caries dental.

Se recomienda reconstruir los antecedentes históricos de los barrios a través de sus actores (familias, coordinadoras, educadoras) con el fin de recuperar la autoidentificación étnica y obtener una contraposición a la modernidad quiteña que ha conllevado el mestizaje quiteño metropolitano.

Puntualmente se recomienda a las coordinadoras técnicas de los CDI llevar acabo planes de acción que mejoren el escenario desfavorable en el que se desenvuelven las educadoras (familias conformistas, renuentes con una cultura de facilismo con baja capacidad de organización) con el fin de que estas contribuyan al reconocimiento de los factores de riesgo respecto a la caries dental.

Por otra parte, es recomendable fortalecer los procesos protectores del nivel individual, sugestionando la inversión de capacitación que proporciona el MSP en educadoras, coordinadoras y familias hacia la contextualización de la determinación social a través de la gestión de un plan de capacitaciones con este enfoque.

Particularmente se recomienda a coordinadoras y educadoras de los CDI priorizar las variables que fueron afectadas por la vulnerabilidad de los barrios y socializar los resultados sobre a la determinación social.

También se recomienda continuar con investigaciones con el enfoque de epidemiología crítica que involucren a las demás administraciones zonales con el fin de caracterizar la determinación social del componente de atención bucal a nivel provincial.

Lista de Referencias

- Araujo, María Caridad, Florencia López-Boo, Rafael Novella, Sara Schodt, y Romina Tomé. 2015. "The Quality of Centros Infantiles Del Buen Vivir in Ecuador". *Inter-American Development Bank*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4277.6722>.
- Arroyo Laguna Juan. 2012. "Pensadores de la salud pública contemporánea / Comp". Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia
- Artiles Leticia. 2007. "Equidad de salud y etnia desde la perspectiva de género". . *Rev Cubana Salud Pública* 2007; 33(3): 15-37.
- Báez, Jonathan. 2018. "Ecuador No solo es el petróleo: Austeridad y Presupuesto 2019". *Unidad de análisis y estudios de coyuntura* (blog). 17 de noviembre. <https://coyunturaisip.wordpress.com/2018/11/17/no-solo-es-el-petroleo-austeridad-y-presupuesto/>.
- Borrero, Carolina Morales, Elis Borde, Juan Carlos Eslava Castañeda, y Sonia Constanza Concha Sánchez. 2013. "¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas". *Revista de Salud Pública* 15 (6): 797-808. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a03.pdf>.
- Breilh, Jaime. 2007. *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- . 2010a. *Epidemiología: economía política y salud: bases estructurales de la determinación social de la salud*. Quito: Corporación Editora Nacional.
- . 2010b. "La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano". *Salud colectiva* 6: 83-101. <https://doi.org/10.18294/sc.2010.359>
- . 2011. Las ciencias de la salud pública en la construcción de una prevención profunda: "Determinantes y Proyecciones". Urgencia de un discurso científico ligado a la esperanza. <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-044.pdf>
- . 2013. "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 31 (diciembre): 13-27.
- . 2015. "Epidemiología del siglo XXI y ciberespacio: repensar la teoría del poder y la determinación social de la salud". *Revista Brasileira de Epidemiologia* 18 (4): 972-82. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040025>.
- . 2004. "Metodología de la investigación en salud: determinación y evidencias. (El Método Clínico Fortalecido desde la Epidemiología)". CEAS. 16 enero. <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3572/1/Breilh%20J-CON-214-Metodo%20clinico.pdf>.
- Breilh, Jaime, y Zamora Giannina. 2016. "El terremoto de abril, y la determinación social de la vulnerabilidad. (Estructura clasista del impacto)". *Universidad Andina Simón Bolívar*. 16 Diciembre. <https://www.uasb.edu.ec/documents/10181/1499701/PAPER+146.pdf/e15f9811-588b-46d0-9385-6b6f703f5005> .
- Cabeza, Bernhardt, Gerson González, Fernanda Andrade, y Claudio Paredes-Andrade. 2016. "Vista del estado de salud oral en el Ecuador". *Odontología Activa Revista Científica*. 1 (3): 65–70. <https://doi.org/10.31984/oactiva.v1i3.215>.
- Calle Palomeque, Paola. 2018. "Desigualdad de ingresos sobre la población económicamente activa y su incidencia sobre la salud oral: revisión situacional en el Ecuador". *Conrado* 14 (61): 173-78. <http://scielo.sld.cu/pdf/rc/v14n61/rc276118.pdf>.

- Cardona, Jaiberth. 2016. "Determinantes y Determinación Social de la Salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica". *Archivos de Medicina (Manizales)* 16 (1): 183-91. <https://doi.org/10.30554/archmed.16.1.1090.2016>.
- Carrión, Fernando. 2003. *Procesos de descentralización en la Comunidad Andina*. Quito: Flacso. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/catalog/resGet.php?resId=45113>.
- Verdesoto Custode, Luis. 2001. *Descentralizar, grados de autonomía para enriquecer a la democracia*, Quito: ICAM-Distrito Metropolitano de Quito. <https://biblio.flacsoandes.edu.ec/catalog/resGet.php?resId=42600>.
- EC Conferencia Plurinacional e Intercultural de Soberanía Alimentaria. 2013. "Ley orgánica de consumo, nutrición y salud alimentaria". *Comisión técnica de consumo, nutrición y salud alimentaria*. <http://www.soberaniaalimentaria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/04/Propuesta-Ley-Consumo-Final.pdf>.
- EC Dirección Nacional de Servicios de Centros Infantiles. 2013. "Guía Teórica metodológico CIBV". *Ministerio de Inclusión Social*. <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Gu%C3%ADa-TEORICA-METODOLOGICO-CIBV.pdf>.
- EC Fundación Patronato San José. 2017. "Centros infantiles municipales combaten la desnutrición en Quito". *Distrito Metropolitano de Quito*. https://www.patronato.quito.gob.ec/textos_normativa/TRANSPARENCIA_2017/DOCUMENTOS/Mayo/BOLETIN_MAYO.pdf.
- EC Instituto de la Ciudad. 2014. "Conociendo Quito. Estadísticas del Distrito Metropolitano: El Quito que queremos". *Municipio del Distrito Metropolitano de Quito*. <https://www.institutodelaciudad.com.ec/documentos/folletosdescarga/Folleto1.pdf>.
- EC Ministerio de Salud Pública. 2009. "Plan nacional de salud bucal: Proceso de Normatización del SNS". *Dirección Nacional de salud*. <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/PLAN%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20BUCAL.pdf>.
- . 2012. *Manual del modelo de atención integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). Sistema Nacional de Salud (SNS)*. http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.
- . 2017. *Análisis situacional integral de salud del Distrito de Salud 17D07*. Quito: Ministerio de Inclusión Social
- EC Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. 2012. "Plan metropolitano de ordenamiento territorial 2012-2022". *Distrito Metropolitano de Quito*. http://www.quito.gob.ec/documents/rendicion_cuentas/AZC/Articulacion_politicas_publicas/PLAN_ORDENAMIENTO_TERRITORIAL2012.pdf.
- Eibenschutz Catalina, Tamez Silvia, González Rafael. 2011. ¿Determinación social o Determinantes Sociales de la Salud?. México. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Franco Ángela María, Otálvaro-Castro Gabriel Jaime, Ochoa-Acosta Emilia, Ramírez- Susana, Escobar- Gloria, y Néstor Manrique. 2016 Inequities in Early Childhood Health in the Municipality of Andes, Antioquia, Colombia. A Critical Epidemiology Analysis. *Rev. Gerenc. Polit.* 15(31): 246-261. ISSN 1657-7027
- Federación Dental Internacional (último). 2015. *El Desafío de las Enfermedades Bucodentales; una llamada a la acción global*. Ginebra: Federación Dental Internacional. https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads_oh_2_spanish.pdf.

- Cañizares Fuentes, Ricardo. 2016. "El Sistema Nacional de Salud de Ecuador: Estudiarlo para mejorarlo". *Alternativas* 17 (2): 60-64. <https://doi.org/10.23878/alternativas.v17i2.118>.
- Giovanella, Lúcia, Oscar Feo, Mariana Faria, y Sebastián Tobar. 2012. *Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Río de Janeiro: ISAGS. <http://isags-unasur.org/wp-content/uploads/2018/03/bb8ling2anx9red-ilovepdf-compressed.pdf>.
- Guerrero, Andrés. 2000. *Etnicidades: Antología ciencias sociales*. Quito: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. <http://www.flacso.org.ec/docs/etnicidades.pdf>.
- Guba Enton, Lincoln Soleph. 2005. "Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging influences".; SAGE publications: 191-215 https://sabinemendesmoura.files.wordpress.com/2014/11/gubaelincoln_novo.pdf
- Harvey, David, y Juanmari Madariaga. 2012. *El enigma del capital: y las crisis del capitalismo*. Madrid: Akal.
- Hersch Martínez, Paul. 2013. "Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria". *Salud Pública de México*. 55 (5): 512-18. <https://doi.org/10.21149/spm.v55i5.7252>.
- Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. 2016. "Sistema de Salud en Ecuador". ISAGS (blog). 2016. <http://isags-unasur.org/es/sistema-de-salud-en-ecuador/>.
- Jiménez Barbosa, Wilson Giovanni, María Luisa Granda Kuffo, Diana Margoth Ávila Guzmán, Leidy Johanna Cruz Díaz, Julián Camilo Flórez Parra, Luisa Silvana Mejía, y Diana Carolina Vargas Suárez. 2017. "Transformaciones del Sistema de Salud Ecuatoriano". *Universidad y Salud* 19 (1): 126. <https://doi.org/10.22267/rus.171901.76>.
- León, Xavier. 2017. "El Buen Vivir como alternativa al desarrollo y su relación con la Soberanía Alimentaria. El caso ecuatoriano". *Antropología Cuadernos de investigación*, n.º 17 (agosto): 39. <https://doi.org/10.26807/ant.v0i17.86>.
- Maldonado, Xavier, Érika Arteaga, y Juan Cuvi. 2010. "Políticas neoliberales de salud en el gobierno de Correa". *ALAMES Ecuador*. 2 de septiembre. <http://www.rebelion.org/docs/226924.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. 2014. "IV ESTUDIO NACIONAL DE SALUD BUCAL ENSAB IV. Metodología y Determinación Social de la Salud Bucal. Para saber cómo estamos y saber qué hacemos". *Ministerio de Salud y Protección Social*. 4 de noviembre. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>.
- Morales Borrero Carolina, Borde Juan, Castañeda Eslava, Concha Sonia. 2013. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev Salud Pública*; 15(6):797-808
- Narváez Chávez, Angélica María. 2017. "Asociación entre el conocimiento de los padres sobre salud bucal y uso de técnicas educativas con relación a la presencia de biofilm y caries en infantes". Maestría de Odontología preventiva y social. Universidad Central del Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/9476>.
- Parga, José Sánchez. 2010. "Del consumo de cultura a la cultura del consumo : una mutación antropológica". *Centro Andino de Acción Popular*. 18 de diciembre. <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/3463>.
- Sánchez, Concha, y Sonia Constanza. 2015. "Determinación Social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de Bogotá". Doctorado en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá. <http://bdigital.unal.edu.co/51226/1/%281%2963317599.2015.pdf>.

- Santillán Cornejo, Alfredo. 2015. "Imaginarios urbanos y segregación socioespacial. Un estudio de caso sobre Quito". *Cuadernos de Vivienda y Urbanismo* 8 (octubre): 246. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.cvu8-16.iuss>.
- Torres Dávila, Víctor Hugo. 2016. "Luchas sociales en la configuración del Distrito Metropolitano de Quito entre 1992-2010". *Universitas*, n.º 24 (agosto): 63. <https://doi.org/10.17163/uni.n24.2016.03>.
- . 2018. "Hegemonías y subalternidades en el Distrito Metropolitano de Quito". Doctorado en Estudios Culturales Latinoamericanos. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador. <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6067/1/TD-101-DECLA-Torres-Hegemonias.pdf>.
- Unidad Debates Económicos. 2018. "Plan económico en Ecuador. Neoliberalismo en pequeñas dosis". *CELAG* (blog). 4 de abril de 2018. <https://www.celag.org/plan-economico-en-ecuador-neoliberalismo-en-pequenas-dosis/>.
- Vallejo Aguirre, René. 2009. "Quito, de municipio a gobierno local : innovación institucional en la conformación y gobierno del Distrito Metropolitano de Quito 1990-2007". Maestría en Gestión de Desarrollo, FLACSO Sede Ecuador. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/891/4/TFLACSO-2009RVA.pdf>.
- World Dental Federation. 2017. "Guía para promover políticas de salud bucodental con ocasión del Día Mundial de la Salud Bucodental". *FDI World Dental Federation*. 20 de marzo. https://www.worldoralhealthday.org/sites/default/files/assets/2017_WOHD-toolkit-public-ES.pdf.

Anexos

Anexo 1. Encuesta modificada bajo el enfoque de la Determinación social



UNIVERSIDAD ANDINA
SIMON BOLIVAR
Ecuador

ENCUESTA SOBRE PROCESOS DE DETERMINACIÓN
SOCIAL DE LA SALUD BUCAL INFANTIL

1.1 NOMBRE DE CIVIL AL QUE PERTENECE EL NIÑO O LA NIÑA? _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1.2 Nombres y apellidos del niño o la niña? _____

1.3 Fecha de nacimiento del niño o la niña?

AÑO MES DÍA

1.4 Sexo del niño o la niña?

Hombre ☐ Mujer ☐

1.5 ¿Cuál es el parentesco que tiene usted con el niño o la niña?

Papá ☐ Abuelo(a) ☐ Hermano (a) ☐

Mamá ☐ Otro familiar, especifique _____ ☐

Teléfono de contacto _____

1.6 ¿Con cuál de los siguientes grupos étnicos identifica al niño o la niña?

Indígena ☐ Afroecuatoriano/a ☐ Negro/a ☐ Mulato/a ☐

Montubio/a ☐ Mestizo/a ☐ Blanco/a ☐ Otras etnias ☐

No definido ☐

1.7 ¿Dónde vive el niño o la niña?o niña?

Barrio _____ Parroquia _____

Dirección _____

CARACTERÍSTICAS DE VIVIENDA Y HOGAR dónde PERMANECE EL NIÑO O LA NIÑA?

BLOQUE DE SERVICIOS

Lea con atención y conteste la respuesta que corresponda si tiene duda acérquese a la responsable de la encuesta para despejar cualquier duda. Marque con una X la respuesta que corresponda

- 1.8 ¿Tiene energía eléctrica la vivienda dónde permanece el niño o la niña? SI ☐ NO ☐
- 1.9 ¿Tiene alcantarillado la vivienda dónde permanece el niño o la niña? SI ☐ NO ☐
- 1.10 ¿Tiene agua potable la vivienda dónde permanece el niño o la niña? SI ☐ NO ☐
- 1.11 ¿Existe recolección de basura cercana a la vivienda dónde permanece el niño o la niña? SI ☐ NO ☐
- 1.12 Dispone de teléfono fijo o convencional la vivienda dónde permanece el niño o la niña? SI ☐ NO ☐
- 1.13 ¿Dispone de acceso a internet la vivienda dónde permanece el niño o la niña? SI ☐ NO ☐
- 1.14 ¿Para comunicación dispone de telefonía celular? SI ☐ NO ☐

Si la respuesta a la pregunta 1.14 es afirmativa Indique numero telefónico _____

BLOQUE DE LA FAMILIA

1.15 ¿Cuántas personas viven en el hogar? (inclúyase usted) Cantidad _____

1.16 ¿Cuál es la posición del niño o la niña en relación a sus hermanos?

Primero ☐ Segundo ☐ Tercero ☐ Otra Cuál _____

1.17 ¿Número de dormitorios que tiene el hogar dónde vive el niño o la niña?

Uno ☐ Dos ☐ tres ☐ Otro Cuál _____

1.18 ¿Con quién duerme el niño o la niña?

Papá ☐ Abuelo(a) ☐ Hermano (a) ☐

Mamá ☐ Otro familiar, especifique _____

1.19 ¿Con que tipo de familia identifica usted que vive el niño o la niña?

Papá, mamá e hijos

SI ☐ NO ☐

Papás, hijos, más abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines

SI ☐ NO ☐

Solo papá, solo mamá con hijos

SI ☐ NO ☐

1.20 ¿Cuál es la persona que cuida al niño o la niña cuando no se encuentra en el CIBV?

Papá ☐ Abuelo(a) ☐ Hermano (a) ☐

Mamá ☐ Otro familiar, especifique ☐

1.21 ¿Cuál es el Nivel de educación alcanzado por la persona que representa al niño o la niña?

Primaria ☐ Secundaria ☐ Universitaria ☐ Ninguna ☐

1.22 ¿Cual es el rango de edad del padre y madre del niño o niña?

Padre

< de 18 a ☐ De 18 a 28 a ☐ De 29 a 39 a ☐ 40 o más ☐

Madre

< de 18 a ☐ De 18 a 28 a ☐ De 29 a 39 a ☐ 40 o más ☐

BLOQUE CORRESPONDIENTE A LAS PREGUNTAS DEL INSOC

Este bloque es una herramienta que permite determinar los modos de vida y estilos de vida de las personas en estudio.

OCUPACIÓN

1.23 ¿ EnCuál de los siguientes segmentos trabaja el principal responsable del ingreso económico del hogar dónde vive el niño o la niña?

Profesional o técnico que ejerce independientemente ☐

Empleado de empresa particular titulado (profesional o técnico) ☐

Empleado público titulado (profesional o técnico) ☐

Empleado de empresa particular no titulado ☐

Empleado público no titulado ☐

Artesano ☐

Comerciante propietario de pequeño negocio ☐

Propietario de empresa industrial, comercial o de servicios ☐

Obrero o trabajador manual de empresa no propia ☐

Jornalero o peón ☐

Trabajador por cuenta propia no profesional ni técnico ☐

Empleada doméstica ☐

Trabajadora familiar sin remuneración fija, AMA DE CASA ☐

Jubilado Del IESS, ISFA, ISPOL ☐

Militar o policía (de tropa u oficial) ☐

Pequeño trabajador agrícola ☐

Rentista ☐

Ninguna (desempleado/a) ☐

Otra, ¿cuál? ☐

FUNCIÓN

1.24 ¿Cuál es la función que desempeña en su trabajo el principal responsable del ingreso económico del hogar dónde vive el niño o la niña?

| | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Hace el trabajo | <input type="checkbox"/> | Dirige y organiza el trabajo de otros | <input type="checkbox"/> |
| Hace y dirige el trabajo | <input type="checkbox"/> | No aplica, desempleado | <input type="checkbox"/> |

MEDIOS DE PRODUCCIÓN

1.25 ¿Quién es el responsable principal del ingreso económico del hogar dónde vive el niño o la niña?

| | | | | | |
|------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Papá | <input type="checkbox"/> | Abuelo(a) | <input type="checkbox"/> | Hermano (a) | <input type="checkbox"/> |
| Mamá | <input type="checkbox"/> | Otro familiar, especifique | | | <input type="checkbox"/> |

1.26 ¿El principal responsable del ingreso económico del hogar dónde vive el niño/a es propietario de Cuáles de los siguientes medios de trabajo?

| | | | | |
|------------------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| Herramientas | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Locales | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Máquinas o equipos para el trabajo | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Mercadería e insumos | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| Terrenos | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

FUENTE

1.27 ¿Cuál es la fuente principal de ingresos de la economía del hogar dónde vive el niño o la niña?

| | |
|----------------------------------------------------|--------------------------|
| Alquiler de propiedad | <input type="checkbox"/> |
| Autónomo | <input type="checkbox"/> |
| Jornal diario o por semana | <input type="checkbox"/> |
| Pensión jubilar | <input type="checkbox"/> |
| Subsidio del Gobierno | <input type="checkbox"/> |
| Sueldo Como empleado del sector privado | <input type="checkbox"/> |
| Sueldo Como empleado del sector público | <input type="checkbox"/> |
| Sueldo Como obrero o trabajador no jornalero | <input type="checkbox"/> |
| Sueldo Como trabajador del campo | <input type="checkbox"/> |
| Ventas ambulantes | <input type="checkbox"/> |
| Vive de lo vende en el comercio | <input type="checkbox"/> |
| Ganancia del negocio propio(artesano emprendedor) | <input type="checkbox"/> |
| Desempleado/a | <input type="checkbox"/> |
| Otra, ¿cuál? _____ | <input type="checkbox"/> |

Elaborado por: Jaime Breilh, Md.MSc.PhD: Director Ejecutivo del CILABSalud; Universidad Andina
Simón Bolívar Cede Ecuador. jbreilh@ceas.med.ec

PREGUNTAS DE CONTROL

1.28 Sabiendo que el salario básico unificado actualmente esta en 386 dólares ¿En cuál de estos rangos se ubican los ingresos mensuales del hogar?

Menos de 200 dólares ☐ Más de 400 dólares ☐
De 201 a 400 dólares ☐ ☐ ☐ ☐

1.29 En los últimos 30 días, ¿con que frecuencia faltó dinero en el hogar para comprar alimentos?

Siempre ☐ Casi siempre ☐ Algunas veces ☐ Muy pocas veces ☐ Nunca ☐

BLOQUE DE LA VIVIENDA

Lea con atención y conteste la respuesta que corresponda si tiene duda acérquese a la responsable de la encuesta para despejar, cualquier duda. Marque con una X una sola respuesta

1.30 ¿La vivienda dónde permanece el niño o la niña y su familia es?

Propia ☐ Arrendada ☐
Prestada ☐ Otra Cuál ☐

1.31 ¿El tipo de vivienda dónde permanece el niño o la niña y su familia es?

Casa ☐ Departamento ☐
Mediagua ☐ Cuarto de inquilinato (piezas) ☐

Otro tipo de vivienda, especifique _____

MODO DE VIDA

Lea con atención las preguntas pueden tener opción múltiple o una sola respuesta

1.32 ¿A cuál régimen de salud principalmente acude?

Seguro ISSFA ☐ Seguro ISSPOL ☐ IESS Seguro general ☐
IESS Seguro voluntario ☐ IESS Seguro campesino ☐ Seguro privado ☐
Es Jubilado del IESS/ ISSFA / ISSPOL ☐ MSP ☐ Otra ☐

1.33 ¿Pertenece alguna de estas organizaciones sociales en su barrio, localidad, sitio trabajo?

| | | | |
|----------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------|
| Liga Barrial deportiva | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Asociación de empleados | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Comité barrial | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Grupos religiosos | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Asociación de trabajadores | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Grupos Culturales | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Cooperativas | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Ninguno | <input type="checkbox"/> |
| Sindicatos | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Otro Cuál | _____ |

1.34 ¿En que forma apoya usted en la promoción del cuidado de la salud dental en la sociedad?

Puede marcar varias opciones

| | | | |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Apoya al personal de salud en la captación ciudadana | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Promoviendo charlas Educativas | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Difusión de atención odontológicas | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Ninguna | <input type="checkbox"/> |
| Promoviendo campañas de cepillado | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Otro Cuál | _____ |

TIEMPO PARA EL CUIDADO DENTAL DEL NIÑO O LA NIÑA

1.35 ¿Durante el día que tiempo dedica para el cepillado dental del niño o la niña?

| | | | | | | | | |
|--------------|------|--------------------------|-------|--------------------------|------|--------------------------|-----------|----------------------|
| En la mañana | 1min | <input type="checkbox"/> | 3 min | <input type="checkbox"/> | 5min | <input type="checkbox"/> | Otro Cuál | <input type="text"/> |
| En la Tarde | 1min | <input type="checkbox"/> | 3 min | <input type="checkbox"/> | 5min | <input type="checkbox"/> | Otro Cuál | <input type="text"/> |
| En la noche | 1min | <input type="checkbox"/> | 3 min | <input type="checkbox"/> | 5min | <input type="checkbox"/> | Otro Cuál | <input type="text"/> |

1.36 ¿Cuál considera usted que es tiempo adecuado para el cepillado dental del niño o la niña?

Menos de 3min ☐ Entre 3 y 5 min ☐ 6 min ☐ más de 6min ☐

1.37 ¿Considera que ese tiempo es suficiente para preservar la salud oral del niño o niña?

suficiente ☐ insuficiente ☐ deficiente ☐ regular ☐

1.38 ¿Si su respuesta fue insuficiente, deficiente o regular, cuál es la principal razón?

| | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Llega muy tarde | <input type="checkbox"/> | Llega muy cansado/a | <input type="checkbox"/> | No lo considera necesario | <input type="checkbox"/> |
| Debe realizar otras labores | <input type="checkbox"/> | Por pereza | <input type="checkbox"/> | Otra Cuál | <input type="text"/> |

1.39 ¿El niño o la niña ha tenido o tiene alguno de estos problemas?

Marque todas las que corresponda

| | | | | | | | |
|--------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Dientes faltantes | <input type="checkbox"/> | Mal aliento | <input type="checkbox"/> | Manchas oscuras | <input type="checkbox"/> | Frenillo | <input type="checkbox"/> |
| Dientes disparejos | <input type="checkbox"/> | Babeo del niño | <input type="checkbox"/> | Caries | <input type="checkbox"/> | | |

Otra, especifique

1.40 ¿Cuándo fue la primera vez que llevó al niño o la niña a consulta dental?

| | | | |
|------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| Antes de los 6 meses de edad | <input type="checkbox"/> | más de un año de edad | <input type="checkbox"/> |
| Entre 6 y 12 meses de edad | <input type="checkbox"/> | No recuerda | <input type="checkbox"/> |

1.41 ¿Cuál fue el motivo de la última consulta dental?

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Por una urgencia | <input type="checkbox"/> | Para un tratamiento | <input type="checkbox"/> | Certificado odontológico | <input type="checkbox"/> |
| Por revisión/prevenición | <input type="checkbox"/> | Otro Cuál | <input type="text"/> | | |

1.42 ¿En qué lugar realizó la consulta dental?

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| En un centro/puesto de salud u hospital de la red pública de salud del MSP | <input type="checkbox"/> |
| En el Centro Infantil por personal del Msp. | <input type="checkbox"/> |
| En un consultorio particular | <input type="checkbox"/> |

1.43 ¿Quedó satisfecho/a con la atención recibida en la consulta dental?

Nada satisfecho ☐ Poco satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Muy satisfecho ☐

1.44 ¿Ha recibido charlas referentes a cuidado bucal del niño o la niña?

Marque todas las que corresponda

| | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| Lactancia materna y salud bucal | <input type="checkbox"/> | Uso del biberón | <input type="checkbox"/> | Higiene bucal | <input type="checkbox"/> |
| Transmisión bacteriana | <input type="checkbox"/> | Problemas de caries | <input type="checkbox"/> | Ninguno | <input type="checkbox"/> |
| Uso de flúor | <input type="checkbox"/> | Uso del chupón | <input type="checkbox"/> | | |

1.45 ¿Qué utiliza usted principalmente para asear los dientes del niño? (Marque todo lo que corresponda)

| | | | |
|-----------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| Cepillo y agua | <input type="checkbox"/> | Gasa húmeda | <input type="checkbox"/> |
| Cepillo y pasta | <input type="checkbox"/> | Bicarbonato | <input type="checkbox"/> |

Otro ¿Cuál?

1.46 En su conocimiento, ¿Qué es tener un niño con una boquita sana? Marque todo lo que corresponda

| | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|--------------------------|
| Que no tenga caries o dientes dañados | <input type="checkbox"/> | Que tenga los dientes blancos y parejos | <input type="checkbox"/> |
| Que tenga los dientes completos | <input type="checkbox"/> | Que no tenga mal aliento | <input type="checkbox"/> |

1.47 En su opinión, ¿por qué se producen las caries en los dientes de los niños?

Marque todo lo que corresponda

| | | | |
|-----------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Consumo de alimentos pegajosos | <input type="checkbox"/> | Consumo de dulces | <input type="checkbox"/> |
| Descalcificación o debilidad de los dientes | <input type="checkbox"/> | Infección | <input type="checkbox"/> |
| Por problemas en el embarazo de la madre | <input type="checkbox"/> | Mal cepillado o no cepillarse | <input type="checkbox"/> |
| Por el uso continuo del biberón | <input type="checkbox"/> | Mal uso o no uso de seda dental | <input type="checkbox"/> |
| Predisposición genética (herencia) | <input type="checkbox"/> | Mala alimentación | <input type="checkbox"/> |
| Usar cosas que alguien con caries ha usado | <input type="checkbox"/> | Mala higiene Bucal | <input type="checkbox"/> |
| Por el consumo de medicamentos (antibióticos) | <input type="checkbox"/> | Desnutrición | <input type="checkbox"/> |

1.48 ¿Cree usted que los problemas de salud bucal del niño afectan la salud general del mismo?

Nada ☐ Un poco ☐ Algo ☐ Bastante ☐ Muchísimo ☐

1.49 ¿Qué deberían hacer los responsables de un niño para conservar su condición de salud bucal en excelentes condiciones?

| | |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Asistir periódicamente a consulta odontológica | <input type="checkbox"/> |
| Cepillar regularmente los dientes usando pasta e hilo dental | <input type="checkbox"/> |
| Evitar en la alimentación del niño el consumo de azúcar/dulces | <input type="checkbox"/> |
| NO compartir utensilios con otros niños | <input type="checkbox"/> |
| soplar sobre la comida o besar en la boca | <input type="checkbox"/> |
| Proporcionar una alimentación saludable | <input type="checkbox"/> |

MODULO ESTILOS DE VIDA

Itinerario típico personal

1.50 ¿A qué edad comenzó a realizar la higiene de la boca del niño?

| | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Ocho días de nacido | <input type="checkbox"/> | Entre seis meses y un año de nacido | <input type="checkbox"/> |
| Primer mes de nacido | <input type="checkbox"/> | más de un año de nacido | <input type="checkbox"/> |
| Antes de los seis meses de nacido | <input type="checkbox"/> | No recuerda | <input type="checkbox"/> |

1.51 ¿Hoy, quién hace la higiene de la boca del niño?

| | | | |
|--------------|--------------------------|---------------------|----------------------|
| Usted | <input type="checkbox"/> | Otra persona ¿Cual? | <input type="text"/> |
| El niño solo | <input type="checkbox"/> | | |

1.52 ¿Cuándo el niño realiza el cepillado ? (Marque todo lo que corresponda)

| | | | |
|----------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Al levantarse | <input type="checkbox"/> | Después del desayuno | <input type="checkbox"/> |
| Después del almuerzo | <input type="checkbox"/> | Después de la comida/cena | <input type="checkbox"/> |
| Antes de acostarse | <input type="checkbox"/> | | |

1.53 ¿Cada cuánto cambia el cepillo de dientes del niño?

| | | | |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Menos de 1 mes | <input type="checkbox"/> | Entre 1 y 2 meses | <input type="checkbox"/> |
| Entre más de 2 y 3 meses | <input type="checkbox"/> | Entre más de 3 y 6 meses | <input type="checkbox"/> |
| Entre más de 6 meses y 1 año | <input type="checkbox"/> | Más de 1 año | <input type="checkbox"/> |

1.54 ¿Por qué razón decide usted cambiar el cepillo de dientes del niño?

| | | | |
|----------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| Cuando las cerdas han perdido la forma | <input type="checkbox"/> | Cuando se ve sucio | <input type="checkbox"/> |
| Cuando lastima la encía | <input type="checkbox"/> | Periódicamente sin importar su estado | <input type="checkbox"/> |
| Otro | <input type="checkbox"/> | Especifique | <input type="text"/> |

1.55 ¿El niño traga o come crema dental en el cepillado?
 Nada ☐ Un poco ☐ Algo ☐ Bastante ☐ Muchísimo ☐

1.56 ¿Hoy, su niño o niña usa biberón ?
 SI ☐ Pase a la pregunta 1.61

NO ☐ Pase a la pregunta 1.60 y omita las preguntas 1.61 hasta 1.64

1.57 ¿Hasta que edad utilizó biberón?
 años meses días No se acuerda ☐

1.58 ¿Qué le proporcionan al niño en el biberón?
 Leche materna ☐ Leche de fórmula ☐
 Otros tipos de leche ☐ Bebidas azucaradas ☐
 Gaseosas ☐ Bebidas no azucaradas ☐
 Otra ☐ Especifique _____

1.59 En que material calienta el biberón del niño o la niña?
 Plástico ☐ Vidrio ☐ Porcelana ☐
 Otro. Cuál _____

1.60 En que artefacto calienta el biberón del niño o la niña?
 Microondas ☐ Cocina ☐ Otro. Cuál _____

1.61 ¿El niño duerme con el biberón ? SI ☐ NO ☐

1.62 ¿Con que frecuencia se muerde los labios el niño?
 A diario ☐ Esporádicamente ☐ Nunca ☐ NO me he dado cuenta ☐

1.63 ¿Con que periodicidad se chupa el dedo el niño?
 A diario ☐ Esporádicamente ☐ Nunca ☐ NO me he dado cuenta ☐

1.64 ¿Con que frecuencia el niño inconscientemente aprieta o rechina los dientes?
 A diario ☐ Esporádicamente ☐ Nunca ☐ No me he dado cuenta ☐

1.65 ¿Con que regularidad se come las uñas el niño?
 A diario ☐ Esporádicamente ☐ Nunca ☐ NO me he dado cuenta ☐

1.66 ¿Con que regularidad se chupa la lengua el niño?
 A diario ☐ Esporádicamente ☐ Nunca ☐ No me he dado cuenta ☐

1.67 ¿En su vivienda Cómo toman el agua ?
 Tal cómo llega (abastecimiento) ☐ Hervida ☐
 Colocando cloro en el agua ☐ El agua se filtra ☐
 Se compra agua de botellón (purificada) ☐

Concepciones sobre valores personales y familiares

| | Muy de acuerdo | De acuerdo | Ni en acuerdo ni en desacuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.68 ¿Considera importante el uso de gasas en la salud bucal del niño antes de que le aparezcan los primeros dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.69 ¿Cualquier pasta dental es importante para los dientes del niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.70 ¿Usar pasta dental con flúor es importante para prevenir caries? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.71 ¿Piensa que su hijo sea capaz de lavarse bien los dientes por sí mismo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.72 ¿Comer pasta dental afecta la salud bucal de los niños ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | Muy de acuerdo | De acuerdo | Ni en acuerdo ni en desacuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.73 ¿La caries dental puede aparecer en niños menores de 2 años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.74 ¿Opina que la caries se puede transmitir por los besos dados directamente a la boca de su hijo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.75 ¿Cree que soplar la comida para enfriarla y compartir la cuchara o tenedor sea un medio que se pueda transmitir bacterias causantes de caries en el niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.76 ¿Opina usted que al probar la temperatura del biberón con su boca pueda transmitir caries al niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.77 ¿Opina que los alimentos o bebidas que contiene alta cantidad de azúcar sea el causante principal de caries en el niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.78 ¿Comer pasta dental afecta la salud bucal de los niños ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.79 ¿La caries dental puede aparecer en niños menores de 2 años? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.80 ¿Opina usted que al probar la temperatura del biberón con su boca pueda transmitir caries al niño? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.81. ¿Los CDI hacen más por la salud bucal del niño por apoyarle en la correcta higiene bucal de la familia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.82. ¿Considera importante que el niño visite al dentista antes de los 2 años ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Físicas

1.83 ¿Hubo algún problema durante el embarazo o el nacimiento del niño?

Nació prematuro

☐

Nació con bajo peso

☐

Presentó ictericia después de nacer

☐

Ninguno

☐

Otro. Cual

1.84 ¿El niño tuvo alguna enfermedad grave cómo ?

meningitis

☐

traumatismo de cráneo

☐

convulsiones

☐

Ninguna

☐

Otro. Cual

1.85 ¿Existe algún problema dental en la familia?

SI

☐

NO

☐

1.86 ¿Cómo encuentra el desarrollo del niño en una escala del 1 al 10 ?

☐

1

☐

2

☐

3

☐

4

☐

5

☐

6

☐

7

☐

8

☐

9

☐

10

Muy mala

buena

Excelente

MODULO TENDENCIA EPIDEMIOLOGICA/CLINICA

NO RESPONDE EL ENCUESTADO, EXCLUSIVO PARA LA ENCUESTADORA

101 14 101

ODONTOGRAMA

Evaluación dental

1.87 Edad del niño o niña año/os meses

1.88 Fecha del ultimo chequeo dental registrado por el CDI día mes año NO existe ☐

1.89 ¿Presenta Caries por biberón?
SI ☐ NO ☐ Observación

1.90 ¿Cuál es la Estructura dental del niño?
Normal ☐ Hipoplasia ☐ Hipo mineralización ☐

1.91 ¿Cómo se presenta la erupción dentaria del niño?
Normal ☐ Con trastornos ☐ Observación

1.92 ¿La Dentición del niño es acorde a su edad?
Normal ☐ Aumentada ☐ disminuida ☐

Diagnóstico de caries

1.93 Número de dientes cariados del niño dientes

Índice de caries de niño

1.94 Número total de dientes del niño dientes

1.95 Número total de dientes cariados dientes

1.96 Índice de caries de niño %

Anexo 2. Guion de entrevistas a las Coordinadoras/ los Centros de Desarrollo Infantil

COORDINADORAS/DIRECTORAS Y ENTREVISTADOR

INFORMACIÓN GENERAL

¿Hábleme acerca de usted y sus funciones en el Centro?

¿Qué podría decirme de los niños y niñas que asisten y de sus familias? ¿Qué experiencias ha tenido con los niños y niñas y problemas de alimentación y nutrición?

CONDICIONES DE VIDA

¿Qué podría decir usted de la zona donde trabaja y de sus habitantes? Sector productivo Medios de producción, fuerzas de producción

¿En particular que podría decir de las familias de los niños y niñas que asisten a su centro? ocupación situación económica

Categoría: Consumo

Problemática a ser identificada: cantidad y calidad de bienes materiales (alimentos, vivienda, vestido, etc.) y servicios (educación, salud, recreación, etc.) que cada grupo/clase social obtiene para su reproducción biológica y social.

Preguntas a realizar

¿Por experiencia que indicaría usted acerca de la cantidad y calidad de bienes materiales y servicios que disponen para su reproducción biológica y social los habitantes de la zona en particular las familias a las cuales usted atiende.

¿Piensa usted que la situación familiar del niño desfavorecen la condición de salud bucal del mismo?

Categoría: Rol del estado

Problemática a ser identificada: formas de organización social y comunitaria: respecto a las relaciones comunitarias, rupturas, compromisos. La relación con la naturaleza: cualquier tipo de contaminación en relación a la salud bucal

Preguntas a realizar

¿Que podría mencionar a acerca de las formas de organización social y comunitaria de las familias en cuanto a reclamar sus derechos en salud, particularmente la salud bucal ? ¿Piensa usted que el estado Ecuatoriano está contribuyendo con la salud bucal de los habitantes y en particular de los niños y niñas ?

¿Existe tal vez algún factor asociado al ambiente, entorno que favorezca el deterioro de la salud bucal de los niños y niñas ?

MODOS DE VIDA

Categoría: Condiciones de trabajo

Problemática a ser identificada: manejo del tiempo para el cuidado de la salud bucal

Preguntas a realizar

¿Piensa usted que el Centro dispone de todo lo necesario para contribuir a la condición de salud bucal de los niños y niñas ? ¿Piensa usted que se está dando el tiempo necesario a la condición de salud bucal de los niños y niñas ?

Categoría: Calidad y disfrute de bienes de consumo

Problemática a ser identificada: disponibilidad de consumo de elementos de higiene bucal, y servicios

¿Cree usted que faltan recursos o insumos que permitan contribuir a la condición de salud bucal de los niños y niñas ?

¿Los niños y niñas del Centro disponen de un servicio integral que ayude a mejorar la condición de salud bucal de los niños y niñas ?

Categoría: Empoderamiento, organización y soporte de acciones en beneficio del grupo

Problemática a ser identificada: vinculación y participación social en el entorno

¿El centro ha generado mecanismos que permitan el empoderamiento, organización y soporte de acciones en beneficio la condición de salud bucal de los niños y niñas ?

Categoría: Capacidad para crear y reproducir valores culturales

Problemática a ser identificada: valores culturales para comprender el derecho y la responsabilidad sobre la salud bucal.

Guion de Entrevista a las educadoras

INFORMACIÓN GENERAL

¿Hábleme acerca de usted y sus funciones en el Centro? ¿Qué podría decirme de los niños y niñas que asisten y de sus familias? ¿Qué experiencias ha tenido con los niños y niñas y problemas de salud bucal ?

MODOS DE VIDA

Categoría: Condiciones de trabajo

Problemática a ser identificada: manejo del tiempo para el cuidado de la salud bucal

Preguntas a realizar

¿Podría explicarme cuales procedimiento para abordar la condición de la salud bucal de los niños y niñas ?

¿Dispone del tiempo necesario para ayudar a la condición de salud bucal de los niños y niñas ?

Categoría: Calidad y disfrute de bienes de consumo

Problemática a ser identificada: disponibilidad de consumo de elementos de higiene bucal, y servicios ¿Los niños y niñas disponen de todos los elementos necesarios para mantener una buena condición de salud bucal de los niños y niñas ?

Categoría: Empoderamiento, organización y soporte de acciones en beneficio del grupo

Problemática a ser identificada: vinculación y participación social en el entorno ¿Siente que los responsables de los niños y niñas se vinculan o participan en mantener adecuadamente la condición de salud bucal de ellos? ¿Tienen ellos capacidad de agrupación en beneficio de la salud de sus hijos?

Categoría: Capacidad para crear y reproducir valores culturales

Problemática a ser identificada: valores culturales para comprender el derecho y la responsabilidad sobre la salud bucal.

¿Siente que tiene problemas en crear y reproducir acciones sobre la condición de salud bucal de los niños y niñas y sus familias?

Categoría: Relación con el entorno

Problemática a ser identificada: condiciones que le posibilitan o restringen aspectos relacionados con las condiciones del espacio

Anexo 3. Combinaciones y clase social resultante

| Clase social | Ocupación (condición de la p 1.23) | Función (condición de la p 1.24) | Medios de producción (condición de la p 1.26) | Fuente (condición de la p 1.27) |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0. Capa media pudiente | <p>Haber contestado sí (1) en cualquiera de estas opciones:</p> <p>1. Profesional o técnico que ejerce independientemente</p> <p>2. Empleado de empresa particular titulado (profesional o técnico)</p> <p>3. Empleado público titulado (profesional o técnico)</p> | <p>Haber contestado sí en cualquiera de estas opciones:</p> <p>2. Hace y dirige el trabajo</p> <p>3. Dirige y organiza el trabajo de otros</p> | <p>Que la pregunta subcodificada presente</p> <p>0 No tener nada, o</p> <p>1. Ser propietario de algo</p> | <p>Haber contestado sí en cualquiera de estas opciones:</p> <p>5. Sueldo como empleado de empresa del sector público</p> <p>6. Sueldo como empleado de empresa del sector privado</p> |
| 1. Capa media pobre | <p>Haber contestado sí en cualquiera de estas opciones:</p> <p>4. Empleado de empresa particular no titulado</p> <p>5. Empleado público no titulado</p> | <p>Haber contestado sí en cualquiera de estas opciones:</p> <p>1. Hace el trabajo</p> <p>2. Hace y dirige el trabajo</p> | <p>Haber contestado sí en cualquiera de estas opciones:</p> <p>1. Herramientas</p> <p>5. Terrenos</p> <p>0. No tener nada o que la pregunta subcodificada presente</p> | <p>Haber contestado sí en cualquiera de estas opciones:</p> <p>5. Sueldo como empleado de empresa del sector público</p> <p>6. Sueldo como empleado de empresa del sector privado</p> |
| 2. Pequeño productor artesano | <p>Haber contestado sí en:</p> <p>6. Artesano</p> | <p>Haber contestado sí en cualquiera de estas opciones:</p> <p>2. Hace y dirige el trabajo</p> <p>3. Dirige y organiza el trabajo de otros</p> | <p>Haber contestado sí en cualquiera de todas estas opciones:</p> <p>1. Herramientas</p> <p>3 Máquinas o equipos para el trabajo</p> <p>5. Terrenos</p> | <p>Haber contestado sí en:</p> <p>12 Ganancia del negocio propio(artesano emprendedor)</p> |

| | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3 Pequeño productor Comerciante | Haber contestado sí en: 7. Comerciante propietario de pequeño negocio | Haber contestado sí en cualquiera de estas opciones: 2. Hace y dirige el trabajo. 3. Dirige y organiza el trabajo de otros | Haber contestado sí en cualquiera de estas opciones: 2 Locales. 3. Máquinas o equipos para el trabajo. O que la pregunta decodificada presente. 0. No tener ningún medio de producción | Haber contestado sí en: 12 Ganancia del negocio propio (artesano emprendedor) |
| 4. Pequeño trabajador agrícola | Haber contestado sí en: 16. Pequeño trabajador agrícola | Haber contestado sí en cualquiera de estas opciones: 2. Hace y dirige el trabajo 3. Dirige y organiza el trabajo de otros | Haber contestado sí en cualquiera de estas opciones: 1. Herramientas 3 Máquinas o equipos para el trabajo 5. Terrenos Que la pregunta subcodificada presente | Haber contestado sí en: 9. Sueldo como trabajador del campo |
| 5. Empresario | Haber contestado sí en: 8. Propietario de empresa industrial, comercial o de servicios | Haber contestado sí en cualquiera de estas opciones: 2. Hace y dirige el trabajo 3. Dirige y organiza el trabajo de otros | 2. Ser propietario de algo | Haber contestado sí en cualquiera de estas opciones: 1 Alquiler de propiedad 2 Ganancia del negocio propio(artesano emprendedor) |
| 6. Obreros | Haber contestado sí en: 9. Obrero o trabajador manual de empresa no propia | Haber contestado sí en cualquiera de estas opciones: 1. Hace el trabajo 2. Hace y dirige el trabajo 1. Hace el trabajo. 2. Hace y dirige el trabajo | Haber contestado sí en: 1. Herramientas. O que la pregunta subcodificada presente 0. No tener nada | Haber contestado sí en Sueldo como obrero o trabajador no jornalero |

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2014, 86)
Elaboración propia

Anexo 4. Combinaciones y modos de vida resultante

| Elemento | Contenido | Operacionalización |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Condiciones de trabajo | Tiempo y trabajo (Preguntas 1.35 hasta 1.37) | <p>Se categoriza así:</p> <p>P 1.35</p> <p>En la mañana 1 minutos</p> <p>3 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>En la Tarde 1 minutos</p> <p>3 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>En la noche 1 minutos</p> <p>3 minutos</p> <p>5 minutos</p> <p>P1.36 tiempo adecuado para el cepillado dental</p> <p>Menos de 3min</p> <p>Entre 3 y 5 min</p> <p>6 min</p> <p>más de 6min</p> <p>Se genera la siguiente variable:</p> <p>1 Alta autonomía</p> <p>2. Baja autonomía</p> <p>Revisar el resto de categorías a ver dónde se ubicarían</p> |
| Disfrute de bienes de consumo | Consumo de servicios Odontológicos (Preguntas 140 1,41.1.42 | <p>Se categoriza así:</p> <p>P 1.40 motivo de la última consulta dental NO se acuerda</p> <p>Por una urgencia</p> <p>Para un tratamiento</p> <p>Certificado odontológico</p> <p>Por revisión/prevención</p> <p>P 1.41 lugar realizó la consulta dental</p> <p>En un centro/puesto de salud u hospital de la red pública de salud del MSP</p> <p>En el Centro Infantil por personal del Msp.</p> <p>En un consultorio particular</p> <p>P 1.42 satisfacción con la atención recibida en la consulta dental Nada satisfecho</p> <p>Poco satisfecho</p> <p>Satisfecho</p> <p>Muy satisfecho</p> <p>Se genera la siguiente variable:</p> <p>1 Utiliza solo el CDI</p> <p>2. Utiliza otros MSP, consultorio particular</p> |

| | | |
|--|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Consumo en elementos de higiene oral (P 1.45) | <p>Se categoriza así: P 1.45 CEPILLO Y AGUA/CEPILLO Y PASTA/ CEPILLO,PASTA Y GASA</p> <p>Se genera la siguiente variable: 1 (Básico) si cepillo dental 2 (Medio) si cepillo dental + crema dental 3 (Completo) si cepillo dental + crema dental + seda dental 4 (Sin consumo) en caso de otras combinaciones si las hubiere</p> |
|--|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>Pertenece a un grupo social (P 1.33)</p> <p>Se tiene las categorías P 1.33 Liga Barrial deportiva</p> <p>Comité barrial Asociación de trabajadores Cooperativas Sindicatos Asociación de empleados Grupos religiosos</p> | <p>Se genera la siguiente variable: 1 Pertenece algún grupo social 2 NO pertenece a ningún grupo social</p> |
| | <p>Participa en apoyo de la salud bucal (P 1.34)</p> | <p>Se tiene las categorías P 1.34 Apoya al personal de salud en la Captación ciudadana /Difusión de atención odontológica Promoviendo campañas de cepillado /Promoviendo charlas Educativas . Apoyo a la salud dental NO apoya en la promoción del cuidado de la salud dental en la sociedad. Apoya en la promoción del cuidado de la salud dental en la sociedad</p> <p>Se genera la siguiente variable: 1 Apoya de alguna forma con la salud bucal 2 NO apoya de ninguna forma con la salud bucal</p> |

| | | |
|--------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Creación de valores culturales | Conocimiento de la salud bucal (P 1,46) | <p>Se tiene las categorías P 1.46 Que no tenga caries o dientes dañados. Se genera la siguiente variable: 1 Conocen 2 NO conocen</p> <p>Se valora si han elegido solo la opción Que no tenga caries o dientes dañados</p> |
|--------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | |
|--|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Opinión (Idea, acertada sobre la salud bucal) (P 1.47) | <p>Se tiene las categorías P 1.47Opinión favorable</p> <p>SI NO opinan desfavorable</p> <p>SI NO no opinan</p> <p>SI NO</p> <p>Se genera la siguiente variable: 1 Tienen una opinión favorable 2 NO tiene una opinión favorable Se v ahora si han elegido solo una de estas opciones Consumo de alimentos pegajosos de dulces Por problemas en el embarazo de la madre Por el uso continuo del biberón Mala alimentación Mala higiene Bucal</p> |
|--|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | |
|--|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Asociación con la salud bucal. (P 1.48) | <p>Se tiene las categorías P 1.48Los problemas de salud bucal del niño afectan la salud general del mismo</p> <p>Algo Bastante Muchísimo</p> <p>Se genera la siguiente variable: 1 Creencia acertada 2 Creencia desacertada Se v ahora si han elegido Algo, bastante, muchísimo</p> |
|--|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | |
|--|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | Responsabilidad de la salud bucal (P 1.49, 1.51 | <p>Se tiene las categorías P 1.49conlleven plenamente Condición de salud bucal del niño SI NO conlleven con cierta dificultad la Condición de salud bucal del niño SI NO NO logran conllevar la Condición de salud bucal del niño SI NO P1,51El representante es responsable de la higiene de la boca del niño SI NO</p> <p>Se genera la siguiente variable: 1 Conlleve la responsabilidad para conservar la salud dental del niño 2 NO Conlleve la responsabilidad para conservar la salud dental del niño</p> |
|--|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Relación con el entorno | Disponibilidad de los servicios básicos (agua, luz alcantarillado, recolección de basura etc.) (Bloque servicios Preguntas desde 1.4 hasta 1.14) | <p>Se tiene categorías: bloque se servicios P 1.4 ¿Sexo del niño o la niña? Hombre Mujer P 1.5 ¿Cuál es el parentesco que tiene usted con el niño o la niña? Papa/ Mama/ Abuelo/ Hermano P 1.6 ¿Con cuál de los grupos étnicos identifica al niño o la niña? Indígena Afro ecuatoriano/a Negro/a Mulato/a Montubio/a Mestizo/a Blanco/a</p> <p>P 1.8energía eléctrica la vivienda SI NO P 1.9alcantarillado en la vivienda SI NO P 1,10agua potable en la vivienda SI NO P 1.11recolección de basura cercana a la vivienda SI NO P 1.12Dispone de teléfono fijo o convencional la vivienda SI NO P 1.13dispone de acceso a internet la vivienda SI NO P 1.14Para comunicación dispone de telefonía celular SI NO Se re categoriza así: 1 Tiene el servicio 2 NO tiene el servicio Se genera la siguiente variable 1 Dispone de todos los servicios 2 Le falta algún servicio básico</p> |
| | Hacinamiento acumulación de individuos en un mismo lugar, el cual a propósito que no se haya físicamente preparado para albergarlos. (Bloque de la familia. Preguntas desde 1.15 hasta 1.16) | <p>Se calcula "Personas del hogar / Cuartos para dormir" y se categoriza de la siguiente manera: 1 (Hacinamiento) si es igual o mayor a 3 2 (No hacinamiento) en otro caso</p> |

Fecha DD/MM/A: ____/____/____

CÓDIGO _____

COORDENADA X _____ COORDENADA
Y _____

Anexo 5. Consentimiento informado

La Universidad Andina Simón Bolívar, a solicitud de la comunidad de la Administración zonal Quitumbe y entendiendo la problemática desde la comprensión de la Determinación Social y el componente de atención en salud bucal de los centros de la Administración Zonal Quitumbe ha decidido construir junto con la comunidad un proyecto de investigación que aporte a resolver la problemática por la que CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL (CDI) atraviesa.

En este sentido se ha propuesto realizar un proyecto titulado “Salud Bucal de los niños que asisten a los CDI del Mies en la Administración Zonal Quitumbe en el año 2018. Una aproximación desde la Determinación Social de la Salud” cuyo objetivo principal es: “Analizar la salud bucal de los niños y niñas de los CDI del Mies en la Administración Zonal Quitumbe de la ciudad de Quito, desde el enfoque de la Determinación Social de la salud con el propósito de proveer información que contribuya al diseño de estrategias que impacten en la condición de la salud bucodental de la población infantil atendida”

Para lograr este objetivo es necesaria la participación de los individuos, las familias que constituyen la comunidad por medio de entrevistas familiares, individuales y la realización de una encuesta que incluye la evaluación dental clínica a los niños y niñas /niñas.

La UASB y los investigadores *aseguran la confidencialidad de los datos proporcionados*, los cuales no fueron divulgados y podrán ser utilizados únicamente por el grupo investigador a fin de definir y caracterizar la problemática.

Su participación es voluntaria por lo cual, usted podrá retirarse en cualquier momento si así lo desea

Una vez finalizada la investigación, las conclusiones y recomendaciones fueron difundidas en la comunidad para su uso y beneficio.

Por medio del presente documento dejo constancia que conozco el objetivo del proyecto de investigación, así como mi forma de participar y la de mi familia.

Por lo expuesto, yo _____ con
CI _____ accedo de forma voluntaria a participar en la investigación y tengo claro que puedo retirarme en cualquier momento si así lo considero conveniente. Adicionalmente autorizo la utilización y publicación anónima de los resultados obtenidos.

Representante de un menor

Por lo expuesto, yo _____ con
CI _____, representante del menor _____ autorizo su participación en la investigación y tengo claro que mi representada/o puede retirarse en cualquier momento si así ella/el/yo lo considera/o conveniente. Adicionalmente autorizo la utilización y publicación anónima de los resultados obtenidos.